



## Helsetjenester uten grenser?

Om internasjonal handel med helsetjenester og mulige virkninger av internasjonal konkurranse for det norske helsevesenet

*Geir Godager*

*Tor Iversen*

*Institutt for helseledelse og  
helseøkonomi,  
Universitetet i Oslo*

**UNIVERSITETET  
I OSLO**

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM  
Skriftserie 2009: 5

# HERO

# Helsetjenester uten grenser?

Om internasjonal handel med helsetjenester og mulige  
virkninger av internasjonal konkurranse for det norske  
helsevesenet

## **GEIR GODAGER**

Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo,  
Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo og  
Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
E-post: [g.c.h.godager@medisin.uio.no](mailto:g.c.h.godager@medisin.uio.no)

## **TOR IVERSEN**

Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo,  
Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
E-post: [tor.iversen@medisin.uio.no](mailto:tor.iversen@medisin.uio.no)

*28. april 2009*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2009**

## **Sammendrag:**

Dette notatet er dels beskrivende og dels diskuterende. Vi beskriver omfanget av det internasjonale helsemarkedet basert på tilgjengelig statistikk. Vi beskriver reguleringen av handel med helsetjenester med henvisning til GATS (General Agreement on Trade in Services) og EU/EØS. I den forbindelse drøfter vi også om et EU-direktiv innenfor helsetjeneste-området vil påvirke pasientstrømmene fra Norge til utlandet. Ved hjelp av litteraturstudier danner vi oss et inntrykk av størrelsen på effekter som antas å være sentrale i forbindelse med konsekvenser av pasientenes valgmuligheter. Vi tar for oss sammenhenger mellom konkurranse og ventetid på behandling, konkurranse og behandlingskvalitet og betydningen av reiseavstand for pasienters valg av sykehus. Før vi oppsummerer, diskuterer vi betydning av internasjonal konkurranse for organisering av den norske helsesektoren. Notatet er skrevet på oppdrag fra Finansdepartementet.

## **1. Innledning**

Handel med tjenester utgjorde samlet nær 20 % av den internasjonale handelen i 2004 (Hussain, 2006). For mange land er handel med helsetjenester og bevegelser av helsepersonell viktig:

- Over en million personer reiser årlig til Asia for å motta helsetjenester.
- Over 30 % av arbeidsstyrken i den britiske helsetjenesten har utenlandsk opprinnelse.
- Mer enn halvparten av legene som utdannes i Ghana, emigrerer.
- Private selskaper fra India, Singapore og andre land investerte mer enn en milliard USD i 2006 i blant annet etablering av sykehus utenlands. (Smith, 2007).

Norges handel med helsetjenester har foreløpig et svært begrenset omfang. Det er samtidig grunn til å tro at omfanget vil bli større i tiden som kommer. Nordmenns reiseaktivitet er økende (Statistisk sentralbyrå, 2007), innvandringen er økende og flere nordmenn gifter seg med utenlandske ektefeller (Lie, 2004). Den økte mobilitet av personer over landegrensene vil trolig bidra til å øke handelen med helsetjenester: Flere utenlandsopphold påvirker Norges import av helsetjenester direkte ved at flere nordmenn vil trenge helsetjenester under utenlandsopphold. En kan også tenke seg effekter av mer indirekte karakter ved at økt mobilitet bidrar til at flere vil foretrekke å motta elektiv behandling i utlandet framfor å reise hjem til Norge. Dette vil kanskje være tilfellet blant pensjonister som oppholder seg store deler av året i Spania. Eventuelle ønsker blant innvandrerbefolkningen om å bli behandlet i sitt fødeland vil også kunne påvirke omfanget av handelen med helsetjenester.

Uruguay-runden av forhandlinger i WTO (World Trade Organization) og GATS i 1995 vil trolig ha betydning for hvordan den internasjonale handelen med tjenester utvikler seg i årene som kommer. GATS utgjør et skritt i retning av en internasjonal lovgivning for å regulere internasjonal handel med tjenester. GATS legger likevel i praksis få begrensninger på hvordan det enkelte medlemsland utformer sin helsetjeneste. For Norge vil det trolig være endringer i reguleringsbestemmelsene internt i EU som har størst potensial til å påvirke utformingen av den norske helsetjenesten. Dagens og morgendagens reguleringsregime omtales i del 2. I del 3 beskriver vi omfanget av det offentlige helsemarkedet ved hjelp av offentlig statistikk. Faktorer som påvirker omfanget av handel med helsetjenester mellom land

diskuteres i del 4. Foruten mobilitet vil en rekke faktorer kunne bidra til å øke Norges handel med helsetjenester. Teknologisk utvikling kan skape nye muligheter for slik handel. Samtidig kan implementering av ny teknologi være kostbar og samtidig medføre stordriftsfordeler. Dette kan gjøre at handel med helsetjenester blir særlig fordelaktig for små land. I del 5 diskuteres hvordan en liberalisering av handelen med helsetjenester kan forventes å påvirke priser, lønninger og ventetider for behandling. Økt handel kan bidra til å styrke konkurransen mellom produsenter av helsetjenester. Sammenhengen mellom konkurranse og ventetid omtales nærmere i del 6. I del 7 diskuterer vi hvilken effekt konkurransen kan ha for kvaliteten på helsetjenestene. Herunder gjennomgår vi en engelsk studie litt mer i detalj. Hvordan en liberalisering av handelen med helsetjenester vil påvirke markedene, vil delvis avhenge av hvor reisevillige pasientene er. I del 8 gjennomgår vi noen studier som belyser betydningen av reiseavstand for individers valg av sykehus og i del 9 beskriver vi noen undersøkelser som sammenligner kvalitet og kostnader mellom land. Del 10 diskuterer betydningen av internasjonale konkurranse for organisering av den norske helsesektoren. Vi oppsummerer i del 11.

## ***2. Regulering av handelen med helsetjenester***

### **2.1 WTO**

GATS utgjør et juridisk rammeverk for hvordan WTO medlemmene skal opptre ved liberalisering av sine tjenestesektorer. Siden GATS også omfatter helsetjenester, kan liberaliseringen av verdens handel med tjenester på lengre sikt få betydning for de enkelte lands organisering av helsetjenestesektoren. GATS dekker fire forskjellige former/modi for handel med tjenester mellom land. Nedenfor gis en kort beskrivelse av de fire modi med eksempler relatert til det norske helsevesenet:

1. "Tilbud over grensen": For levering av helsetjenester kan dette modus best beskrives ved at helsetjenesteprodusentene og pasienten befinner seg i hvert sitt land. Eksempler er varianter av telemedisin som for eksempel teleradiologi, telekirurgi.
2. "Konsum utenlands": Pasienter som reiser utenlands og får behandling, faller i denne kategorien. Både såkalte helseturisme og ikke planlagt behandling omfattes.
3. "Tilstedeværelse av utenlandske foretak, og direkte utenlandsinvesteringer": Et eksempel kan være at utenlandske foretak får etablere sykehus i Norge eller, motsvarende, norske foretak etablerer sykehus i utlandet.

4. ”Midlertidig forflytning av personer”: Her er det innsatsfaktoren arbeidskraft ikke foretakene som tillates midlertidig å flytte over landegrensene. Etablering av et sykehus med utenlandske eiere og med utenlandsk arbeidskraft på norsk jord vil således kunne omfatte både modus 3 og 4.

Handelen med tjenester har vært økende etter GATS (Blouin, Drager og Smith, 2006). Særlig har liberaliseringen av sektorer som telekommunikasjon og finansielle tjenester medført økt handel mellom land. Internasjonal handel med helsetjenester har ikke i samme grad blitt liberalisert: Dersom graden av liberalisering måles ved de såkalte bindende forpliktelser inngått av WTOs medlemsland, er det, med unntak av utdanningssektoren, ingen annen sektor der det er liberalisert mindre enn i helsesektoren. Norge er blant de land som ikke forpliktet seg til å eksponere det innenlandske helsetjenestemarkedet for internasjonal konkurranse.

Det kan være flere årsaker til at landene i liten grad har tiltrådt forpliktelser på området. En mulig forklaring kan være at helsetjenester produseres av offentlige monopoler, og derfor ikke omfattes av GATS. Siden det i de fleste land finnes både offentlig og private helsetjenesteprodusenter, kan dette alene ikke forklare liberaliseringens begrensede omfang så langt. En annen mulig forklaring er at det i motsetning til mange andre vare- og tjenestesektorer ikke finnes noen typiske ”pådriverland”. Liberaliseringen av handel med telekommunikasjon og finansielle tjenester kan ha blitt fremskyndet av at USA og EU har vært pådrivere for liberalisering. GATS kan ha medført at medlemslandene har prioritert liberalisering av de tjenestesektorer der friere handel enklest lot seg implementere. I så fall kan det hende at liberalisering av handel med helsetjenester blir mer aktuelt med ”modnet liberalisering” i andre tjenestesektorer.

Det har vært knyttet noe usikkerhet til hvorvidt GATS over tid skulle kunne medføre at offentlige myndigheter mister kontrollen over organiseringen og finansiering av helsetjenesten i de respektive land (Pollock og Price, 2000). I praksis medfører imidlertid GATS liten eller ingen begrensning i handlingsrommet til WTOs medlemsland (Adlung, 2001a, Adlung, 2001b). Det enkelte medlemsland velger selv hvilke forpliktelser det vil tiltre. Videre er det en rekke unntak som åpner for at medlemsland kan begrense omfanget av bestemte forpliktelser. GATS tillater blant annet unntak som innebærer forskjellsbehandling av utenlandske og innenlandske foretak som opererer i landet. Spesielt vil det være tillatt med unntak som innebærer at utenlandske foretak ikke gis rett til de subsidier innenlandske foretak

mottar (Blouin, Drager og Smith, 2006 s.30). Et sentralt prinsipp i WTO er det såkalte ”most favored nation” (MFN) prinsippet. Formålet med MFN prinsippet er å begrense mulighetene for handelspolitisk forskjellsbehandling av land. Her er det imidlertid også muligheter for unntak under GATS, og en rekke land har i dag bilaterale avtaler som er i konflikt med MFN prinsippet.

## **2.2 EU/EØS**

I utgangspunktet er helsepolitikk et nasjonalt anliggende i EU. Samtidig er det per i dag usikkerhet med hensyn til hvilke rettigheter pasienter har til å bli behandlet utenfor hjemlandet med betaling fra sosialforsikringen i hjemlandet. Tre dommer i EF-domstolen har betydning for hva pasienter kan forvente at deres hjemland betaler for av behandling i utlandet. I de to første dommene (Decker-dommen og Kohl-dommen fra 1998) pålegges Luxembourg å yte refusjon til tannbehandling og kjøp av briller i utlandet siden tilsvarende vare og tjeneste ville ha blitt dekket av sosialforsikringen i Luxembourg dersom ytelsene hadde blitt brakt til veie i Luxembourg. EF-domstolen fastslo at å nekte refusjon er i strid med prinsippet om fri bevegelighet av varer. Den tredje saken (Watts-dommen fra 2006) handler om Yvonne Watts som på eget initiativ dro til Frankrike for å få hofteoperasjon etter forventning om et års ventetid på operasjon i NHS i England. På det tidspunktet hun dro, fikk hun også tilbud om behandling i NHS. NHS nektet å betale for hennes behandling i utlandet. Domstolen ga henne imidlertid medhold. Dommene i EF-domstolen ser ut til å ha nedfelt disse prinsippene<sup>1</sup>:

- 1) Pasienter har rett til dekning av utgifter til ikke-sykehusbehandling i andre land i situasjoner hvor utgiften ville blitt dekket om pasienten mottok helsehjelpen i sitt hjemland.
- 2) EØS-land skal sikre at godkjenning av at sosialsikkerhetssystemet i pasientens hjemland vil dekke utgiftene til sykehusbehandling i andre EØS-land, ikke avslås når den aktuelle helsehjelpen er av en slik art at utgiften ville blitt dekket om pasienten mottok helsehjelpen i sitt hjemland, men behandlingen ikke kan ytes i hjemlandet innen den tid medisinsk forsvarlighet krever tatt i betraktning pasientens aktuelle helsetilstand og den sannsynlige utviklingen av sykdommen.
- 3) Behandlingsutgifter pasienten har hatt i et annet EØS-land skal dekkes av sosialsikkerhetssystemet i hjemlandet minst på samme nivå som om tilsvarende helsehjelp var ytt i hjemlandet.

---

<sup>1</sup> Gjengitt etter Helse- og omsorgsdepartementets ”Svar til Europakommisjonen i anledning høringen om fellesskapstiltak vedrørende helsetjenester av 26. september 2006 – generelle merknader”

Dagens situasjon innebærer en betydelig usikkerhet for pasientene og potensielt store rettskostnader for å avklare refusjonskrav. Det er derfor gode grunner til at de prinsippene som synes nedfelt, bør gis en nærmere rettslig regulering. I arbeidet med å kodifisere prinsippene sendte EU-kommisjonen ut et høringsnotat i september 2006. Høringsuttalelsene kom inn tidlig i 2007. Slik vi leser Norges høringsuttalelse, støtter man en kodifisering av punktene 1) – 3) over, samtidig som man understreker de enkelte lands ansvar for og muligheter til å planlegge sitt eget helsevesen.

EU-kommisjonens forslag til helsedirektiv ble offentliggjort 2. juli 2008<sup>2</sup>. Slik vi tolker forslaget, skal en innbygger uten forhåndsgodkjennelse kunne la seg behandle i et annet medlemsland dersom behandlingen ikke krever sykehusinnleggelse og behandlingen inngår i det helsetilbud pasienten har rett til i sitt hjemland. Når det gjelder sykehusbehandling, kan et medlemsland innføre forhåndsgodkjenning ved behandling i et annet medlemsland hvis pasientutstrømningen kan forventes å gripe alvorlig inn i den økonomiske likevekt i medlemslandets sosialforsikringssystem (uttrykk fra den danske versjon av forslaget til direktiv) og/eller planlegging og rasjonalisering av sykehussektoren. Dersom forhåndstillatelse kreves, skal medlemslandene fastsette objektive, ikke-diskriminerende kriterier for avslag på forhåndstillatelser. Disse kriteriene skal være offentliggjort på forhånd og det skal tas hensyn til pasientens helsetilstand, smertenivå og evne til å utøve ervervsmessig virksomhet. Ved behandling i utlandet foreslås det at pasienten har rett til refusjon av behandlingsutgifter som minst tilsvarende de behandlingsutgifter som ville bli dekket ved tilsvarende behandling i hjemlandet.

### **2.3 EU-direktiv i forhold til dagens situasjon**

Så vidt vi skjønner, vil en pasient som i dag krever refusjon av helsetjenesteutgifter i utlandet i henhold til de dommer EF-domstolen har avsagt, løpe en risiko for å pådra seg kostnader til rettssak<sup>3</sup>. Som nevnt tidligere er det den sentrale begrunnelsen for forslag om rettslig regulering av pasientenes rettigheter. Et viktig spørsmål er om en slik regulering vil bety vesentlige forskjeller for norske pasienters muligheter til behandling i utlandet. En formell behandling av dette spørsmålet vil kreve juridisk kompetanse, noe vi ikke har. Vi våger

---

<sup>2</sup> Direktivforslaget og dokumenter med tilknytning til forslaget kan finnes på:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/healthcare/proposal\\_directive\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/proposal_directive_en.htm)

<sup>3</sup> Regjeringen har for øvrig hatt ute til høring og arbeider med ”Forslag til endringer i folketrygdloven mv. - etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp (ikke-sykehusbehandling) i andre EØS-land”.



likevel å komme med noen betraktninger i forhold til de rettigheter som i dag er nedfelt i pasientrettighetsloven. Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelp innen den frist som er fastsatt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. Når fristen har gått ut, vil pasienten kunne henvende seg til NAV Pasientformidling, som uten opphold skal skaffe behandlingstilbud om nødvendig i utlandet. Pasienten kan ikke fritt velge tjenesteyter. NAV pasientformidling opplyser at pasienter bare unntaksvis formidles til behandling i utlandet i dag, og samlet volum oppgis til å være svært lite (èn prosent av samlet antall formidlinger?). Dagens ordning ser derfor ut til å samsvare med refusjon etter forhåndsgodkjenning for sykehusbehandling. Økt valgfrihet i forhold til i dag kan derimot være aktuelt i forbindelse med ikke-sykehusbehandling, og det er trolig en viktig grunn til behovet for presisering av begrepene sykehusbehandling og ikke-sykehusbehandling. I følge forslaget til direktiv skal en liste over helsetjenester som ikke krever sykehusinnleggelse, men som likevel skal regnes som sykehusbehandling utarbeides og jevnlig oppdateres av kommisjonen.

### **3. *Hvor utviklet er det internasjonale helsetjenestemarkedet?***

Statistikk publisert av WTO og Eurostat over omfang og sammensetning av handel med tjenester har fram til i dag hatt et aggregeringsnivå som har gjort det vanskelig å tallfeste omfanget av handel med helsetjenester. Handel med helsetjenester har til nå blitt bokført på en rekke forskjellige kontoer, herunder kontoen "Travel"<sup>4</sup>. EU-kommisjonen oppfatter tilgangen på egnet statistikk for å belyse omfanget av handel med helsetjenester mellom land som utilfredsstillende, men anslår at en prosent av helsebudsjettene i EU-landene går til "cross border patients" (Commission of the European Communities, 2006). I 2004 ble OECD, Eurostat og WHO enige om en felles strategi for innsamling av helserelatert statistikk. OECDs foreslåtte standardiseringer for innsamling av slike data, det såkalte *System of Health Accounts* (OECD, 2000), ligger til grunn for denne felles strategi. Under dette systemet skal landene bokføre alle helsetjenester produsert av enheter i utlandet til innenlandske sluttbrukere på en egen konto, kalt "Rest of the world", og tall bokført på denne kontoen har tolkning som import av helsetjenester (Orosz og Morgan, 2004). I skrivende stund er det

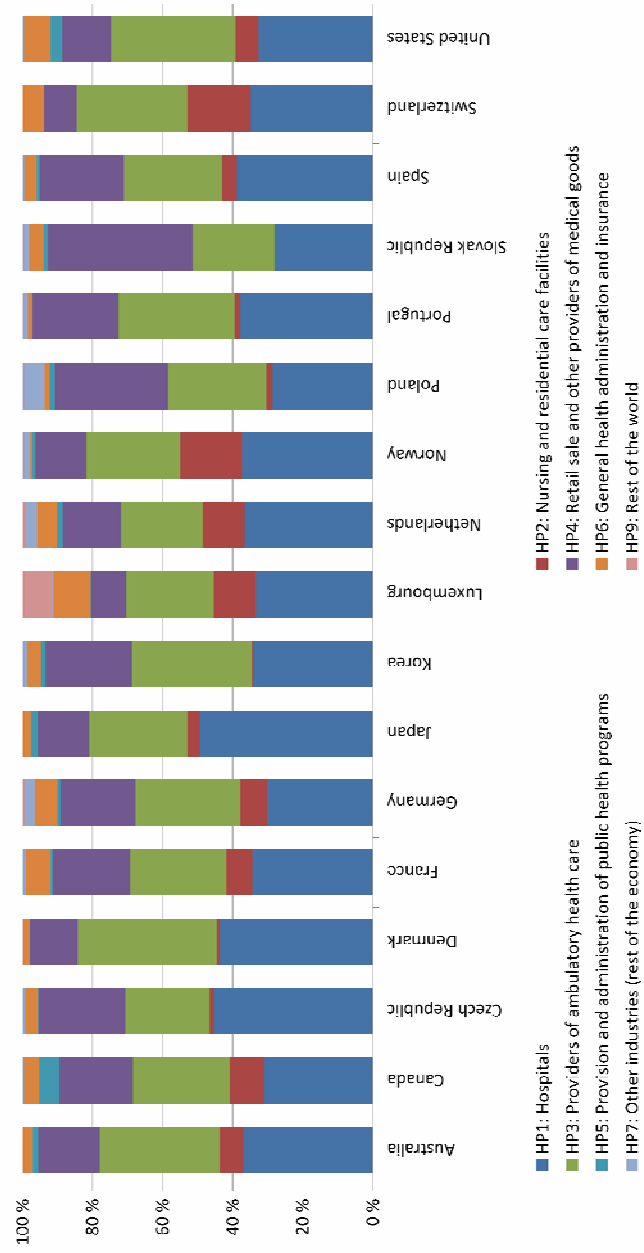
---

<sup>4</sup> Det er grunn til å tro at helsetjenester også har blitt bokført på kontoene "Communications services" og "Computer and information services"

betydelig variasjon mellom medlemmene i OECD med hensyn til hvor langt de har kommet i implementeringen av denne standarden. Den siste statistikken publisert av OECD ble samlet inn i 2007 og inneholder tall fra totalt 17 land, hvorav 11 land har oppgitt tall for import av helsetjenester for året 2005 (Figur 1). Tallene viser at Luxembourg har størst import av helsetjenester blant de 11 landene i utvalget, og landet skiller seg klart fra resten av utvalget. I Luxembourg står tjenester produsert i utlandet for hele 8,3 % av de samlede helseutgiftene. Det er langt ned til landet med nest størst import, Nederland, der tjenester produsert i utlandet står for 1,1 % av de samlede helseutgiftene. I Tyskland står tjenester produsert i utlandet for 0,4 % av de samlede helseutgiftene, mens tilsvarende tall for Portugal og Norge er 0,2 %.

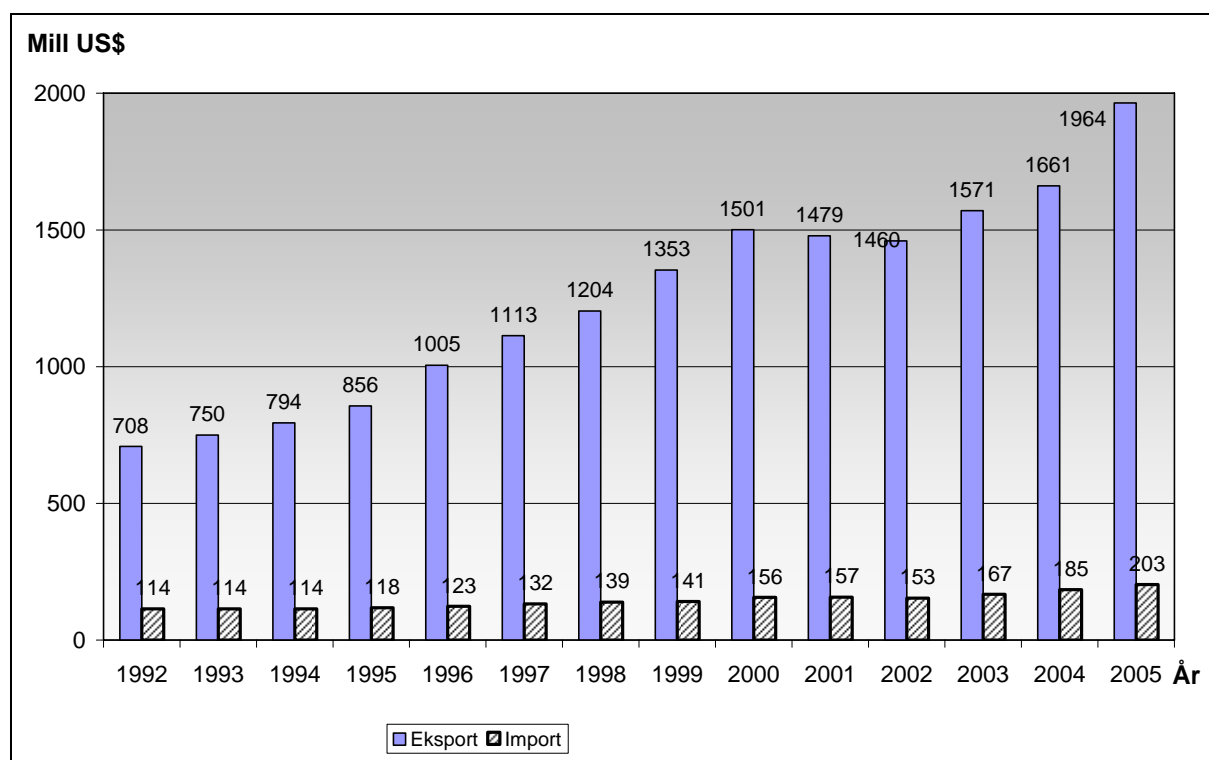
**Figur 1: Helseutgifter fordelt på type produsent. Kategorien ”HP9: Rest of the world” indikerer import av helsetjenester til landet.  
Kilde: OECD (2008)**

### Current Health Expenditure by ICHA-HP Healthcare Provider, 2005



OECD tallene inneholder ikke tall fra USA. Tall fra U.S. Department of Commerce (2006) gjengis i Figur 2. USA er en netto eksportør av helsetjenester, og eksporten er langt større enn importen. Vi ser at eksporten av helsetjenester fra USA utgjorde nær 2 milliarder USD i 2005 og er økende: Eksporten har økt med over 30 prosent siden 2000, og bare fra 2004 til 2005 var økningen på 18 %. Disse tallene diskuteres i U.S. International Trade Commission (2007). Utlendinger som mottar helsetjenester mens de oppholder seg i USA, utgjør mesteparten av eksporten. Men tallene inkluderer i tillegg også telemedisinsk rådgivning, laboratorieanalyser, produksjon av helsetjenester ved underavdelinger av amerikanske selskaper i andre land, og produksjon av amerikanske helsearbeidere som oppholder seg midlertidig i andre land.

**Figur 2: Eksport og import av "Medical services", USA, 1992-2005.**



Kilde: U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis, Survey of Current Business 86, 10, 42–43.

Importen av helsetjenester er også voksende. Importen økte med 10 % i 2005 til 203 millioner USD. Økningen kan forklares både med volumøkning av amerikanske pasienter behandlet utenlands og med at innenlandske sykehus i økende grad tar i bruk utenlandske støttetjenester i sin produksjon. Såkalt *Medical tourism* med pasienter som reiser utenlands for å motta helsetjenester, er også økende. I land som Thailand og India er det etablert selskaper som videreformidler helsetjenester særlig rettet mot amerikanere. Et eksempel på et selskap som

har spesialisert seg på å formidle helsetjenester i India til amerikanere, er IndUSHealth som etter eget utsagn kan tilby en rekke forskjellige hjerteoperasjoner i India til en tiendedel av prisen i USA ([www.indushealth.com](http://www.indushealth.com)). De samlede helseutgifter i USA utgjorde 2000 milliarder USD i 2005 (National Center for Health Statistics, 2008). Importen av helsetjenester utgjør altså mindre enn en promille av de samlede helseutgifter.

I 2006 ba EU-kommisjonen om høringsuttalelser vedrørende internasjonal handel med helsetjenester (Commision of the European Communities, 2006). I høringsuttalelsene var det konsensus om at det var nødvendig med bedre statistikk over omfanget av handel med helsetjenester enn det som foreligger i dag. Mange av respondentene forventet en merkbar økning i omfanget av handel med helsetjenester mellom land i tiden som kommer.<sup>5</sup> Den finske høringsuttalelsen opplyser at omfanget av finner som får behandling utenlands er svært lite. Man antyder at 10-20 finske pasienter per år søker behandling i utlandet, og det forventes ingen økning i løpet av de neste ti år. Grunnen til dette er i følge høringsnotatet at finnene er mest interessert i å bli behandlet i nærheten av der de bor, og dette gjelder selv innenlands i Finland. Den svenske høringsuttalelsen uttaler at dagens omfang av behandling i utlandet er lite og økende. I 2004 ble 147 pasienter bevilget finansiering av planlagt behandling. Antallet økte til 954 i 2005 og til 1000 personer i løpet av de seks første månedene i 2006. Over 60 % av behandlingene var tannbehandling. Den svenske regjering tror at grenseoverskridende behandling vil komme til å få større innflytelse på den svenske helsesektoren på lang sikt. Den danske regjering har i sitt høringsssvar ingen tall for omfanget av danske pasienter som behandles i utlandet.

#### ***4. Faktorer som påvirker omfanget av handel med helsetjenester mellom land***

Ny teknologi kan gjøre helsetjenester mer egnet for handel. For eksempel har utviklingen innen telemedisin de senere år utvidet potensialet for handel med helsetjenester. Her er mulighetene innenfor teleradiologi trolig enklest å realisere, siden nødvendig infrastruktur i form av internetttilgang og datautstyr har blitt allemannseie. En rekke sykehus i USA sender digitaliserte bilder til India for tolkning (Pollack, 2003). Lønnsforskjeller er en viktig drivkraft

---

<sup>5</sup> Et sammendrag av høringsuttalelsene er tilgjengelig på EU kommisjonens hjemmesider: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_rep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_en.pdf)

bak denne utviklingen. Med en tiendedel av lønnen er de indiske radiologer konkurransedyktige, selv om tolkninger fra indiske radiologer uten legelisens i USA kun gis status som ”foreløpige”. Forskjeller i lønn mellom India og USA er imidlertid ikke den eneste forklaringen: Muligheten for å få analysert radiologiske bilder i et land der det er dagtid når det er natt i USA, reduserer behovet for nattarbeid. Gevinster ved slik ”nighthawking” er også synliggjort ved at enkelte amerikanske radiologiselskaper har etablert avdelinger i Europa og Australia for å redusere merkostnader ved nattarbeid. Mange amerikanske radiologer opplever uttryggighet og er negative til slik outsourcing av deres tjenester (Pollack, 2003), og enkelte amerikanske politikere, blant annet daværende senator Hillary Clinton, har tatt til ordet for lovgivning som kan bidra til å bremse handelen innen teleradiologi (Alexander, 2007).

Også innen telekirurgi er det gjort store framskritt. I 2001 gjennomførte leger lokalisert i New York et ”transatlantisk kirurgisk inngrep” på en pasient lokalisert i Strasbourg ved bruk av en tre-armet, fjernstyrt robot (National Geographic, 2001). Alle formene for outsourcing og handel med helsetjenester har imidlertid ikke like høyteknologisk preg. I likhet med andre sektorer kan deler av helsesektorens kontorarbeid nå utføres hvor som helst i verden. For eksempel sender man ved Children's Hospital of Wisconsin i Milwaukee lydopptak fra legenes diktafoner til India for transkribering (Pollack, 2003).

Utviklingen av ny og spesialisert teknologi eller kunnskap vil i seg selv også kunne generere behov for større markeder på grunn av stordriftsfordeler. Det er ikke utenkelig at det i framtiden vil forekomme oftere at investeringer i enkelte typer spesialisert medisinsk utstyr krever pasientgrunnlag av betydelig størrelse. Tilsvarende stordriftsfordeler vil trolig også gjøre seg gjeldende for oppbygging av kompetansemiljøer. Slike stordriftsfordeler vil kunne trekke i retning av at små land med begrenset pasientgrunnlag kan ha mer å vinne på internasjonal handel med tjenester sammenliknet med større land. Norge sender allerede i dag pasienter til utlandet i tilfeller der pasientgruppen er for liten til å etablere et fullstendig tilbud.

Innfasing av oljeinntekter øker etterspørselen etter varer fra både skjermet og konkurranseutsatt sektor. Produksjonsøkning i skjermet sektor lar seg gjennomføre blant annet ved å overføre arbeidskraft fra konkurranseutsatt sektor. Hvilke varer som kan regnes som skjermet, avhenger av blant annet teknologiske muligheter og transportkostnader. I den grad tjenester i helsesektoren gradvis endrer karakter i retning av å tilhøre konkurranseutsatt sektor, vil dette kunne bidra til at Norges handlingsrom blir større. Økt handel med

helsetjenester kan betraktes som en tilpasning som følger av anvendelse av oljepenger i økonomien.

## **5. Generelt om effekter av liberalisering av handelen med helsetjenester**

Liberaliseringen av verdenshandelen har møtt betydelige hindringer i forbindelse med forhandlinger om avtaler for handel med tradisjonelle industrivarer og jordbruksvarer. I litteraturen om internasjonal handel er det vanlig å forklare etablering og opprettholdelse av handelshindre ved at de grupper som høster fordelene av handelshindrene er bedre organisert og derfor lettere blir hørt, enn de som må dekke kostnadene som følger av handelshindre. Skjevheter i "styrkeforhold" mellom grupper innen et land kan slik forklare at enkeltland søker å opprettholde handelshindre, selv i de tilfeller der det synes åpenbart at fjerning av handelshindre vil medføre netto gevinst for landet som helhet.

Et sentralt resultat i handelsteorien er at muligheter for handel mellom to land vil medføre at prisene i både i markedene for handelsvarene og for innsatsfaktorene som inngår i produksjonen av handelsvarene, vil nærme seg hverandre. I tilfeller der innsatsfaktorene som inngår i produksjonen er mobile, slik tilfellet er med arbeidskraft, vil den samme virkning på prisene gjøre seg gjeldende enten man handler bare med innsatsfaktorene, bare med produksjonsvaren eller en kombinasjon av handel med innsatsfaktorer og produksjonsvaren. I denne sammenheng innebærer dette resultatet at fri flyt av pasienter og/eller fri flyt av helsepersonell, på lang sikt kan ventes å ha like effekter på priser og lønninger i markedet for helsetjenester.

I tabell 1 gjengis tall for gjennomsnittlig månedslønn for leger i de skandinaviske landene i 2006. Tallene antyder at legers lønn er betydelig høyere i Norge enn i Sverige. Kittelsen, Magnussen og Anthun, (2007) rapporterer tall for legers lønninger som inkluderer arbeidsgiveravgift og stipulerte pensjonskostnader. Forskjellene i legelønn mellom landene blir da mindre. Tilsvarende tall for sykepleiere indikerer at sykepleieres lønnsnivå i 2004 var 40 % høyere i Norge sammenliknet med Finland, 26 % høyere enn i Sverige og 35 % høyere enn i Danmark. Sidene lønninger og prisene på helsetjenester er høye i Norge, vil utstrakt liberalisering av handel med helsetjenester kunne innebære at prisene på helsetjenester og

lønnsnivået for helsepersonell i Norge presses ned eller, mer sannsynlig, reduserer sin vekstrate, samtidig som prisene på helsetjenester og lønnsnivået til helsepersonell i land vi handler med, vil oppleve press oppover. Ut fra dette resonnementet kan det forventes at yrkesgruppene i den norske helsetjenestesektoren vil komme til å uttrykke skepsis eller direkte negativ holding til å eksponere den norske helsetjenesten for internasjonal konkurranse. Det er også grunn til å tro at yrkesgruppene i den norske helsetjenesten er langt bedre organisert enn for eksempel pasientsiden.

**Tabell 1: Legelønninger i Skandinavia. Gjennomsnittlig månedslønn i norske kroner (2006)**

Land	Kilde	Månedslønn (NOK)	Prosent
Norge	Statistisk sentralbyrå (2008)	56503	100 %
Sverige	Statistiska centralbyrån (2007)	44641*	79 %
Danmark	Danmarks statistik (2007)	52964*	94 %

\* Benyttede valutakurser ved omregning: "Årsgjennomsnitt av daglige valutakurser" for 2006 publisert av Norges bank: 100DKK=107,94 NOK, 100 SEK = 87,02 NOK

Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet er kartlagt i Botten, Nerland og Hagen (2002). Mange sykehusleger uttrykte at usikkerhet knyttet til kvaliteten på behandling i utlandet var et argument mot å sende norske pasienter til utlandet for behandling. I forbindelse med etableringen av den såkalte pasientbroen (Botten, Grepperud og Nerland, 2004) ble det uttrykt bekymring for at behandling av norske pasienter i utlandet kunne resultere i import av multiresistente bakterier (Sundar, 2001). En rekke internasjonale organisasjoner uttrykker også sin bekymring over en eventuell liberalisering av handelen med helsetjenester (Chanda, 2001). Særlig bekymring er knyttet til det faktum at forskjeller i kjøpekraft mellom land kan innebære at utstrakt liberalisering og prisutjevning vil medføre at helsetjenester blir mindre tilgjengelig for befolkningen i lavinntekts- og utviklingsland enn før liberaliseringen.

## **6. Sammenheng mellom konkurranse og ventetid på behandling**

For helsetjenester med ventetid før behandling, vil liknende mekanismer som frembringer utjevning av priser kunne drive fram utjevning av ventetider på tvers av land som åpner for handel med hverandre. Samtidig er konklusjonene fra teorien mindre skarpe i dette tilfellet. Spesielt er det viktig å være oppmerksom på at handel med helsetjenester ikke generelt vil



sikre kortere ventetider i Norge. En slik konklusjon forutsetter at ventetidene allerede er lengre i Norge enn i andre aktuelle land.

Siciliani (2005) viser i en duopolmodell med sykehus som mottar innsatsstyrt finansiering (blanding av ramme og betaling per behandling) at fritt valg av sykehus faktisk vil medføre lengre ventetider. Grunnen er at et sykehus som reduserer ventetida, ikke bare vil motta flere pasienter fra eget område, men også pasienter som ellers ville ha vært på det andre sykehusets venteliste. Disse eksterne effektene av å redusere ventetida kan medføre at sykehusene anser at anstrengelsene knyttet til å redusere ventetidene blir for store og man lar det derfor være. Jo større betalingen per pasient er i forhold til rammebudsjettet, jo mer får sykehuset betalt for en ekstern pasient og jo mindre blir følgelig eksternalitetene på kostnadssiden.

Siciliani og Martin (2007) tester ut teorien med data fra 120 sykehus i NHS i England. Valgmulighetene måles i form av hvor mange sykehus man har tilgang til innenfor en bestemt reisetid. De finner en negativ og statistisk signifikant effekt av valgmulighet på ventetid, men effekten er ubetydelig for praktiske formål. Dersom valgmulighetene øker med ett sykehus, reduseres ventetida bare med noen få dager. Blir det mange nok sykehus vil ytterligere økning i antall sykehus medføre at ventetida går opp. Forfatterne argumenter for at grunnen til dette er at kostnads-eksternaliteten får større betydning ettersom sykehustettheten øker.

I en annen britisk studie finner Dawson m.fl. (2007) at en utvidelse av pasientenes muligheter til selv å velge sykehus medfører både en utjevning av ventetider mellom de inkluderte sykehus i London-området og en reduksjon i den gjennomsnittlige ventetida. I denne studien er det imidlertid noe uklart hva som skyldes økte valgmuligheter og hva som skyldes økt ressurstilgang i forbindelse med forsøket.

En studie som tar utgangspunkt i norske data, er Kjerstad og Kristiansen (2005). Med utgangspunkt i et stort datasett for 14 forskjellige diagnoserelaterte grupper (DRG) i perioden 1999-2002 finner forfatterne at pasienter som ble behandlet ved et annet sykehus enn det nærmeste, i gjennomsnitt venter to måneder kortere, sammenliknet med pasienter som ble behandlet ved nærmeste relevante sykehus. En slik effekt trekker i retning av en utjamning av ventetider mellom geografiske områder.

## **7. Kvalitet og konkurranse.**

### **7.1 Vil økt konkurranse bidra til bedre kvalitet på helsetjenester?**

Liberalisering og økt internasjonal handel med helsetjenester vil trolig medføre økt konkurranse mellom tilbydere av helsetjenester i inn- og utland. Den konvensjonelle visdom om sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet uttrykker gjerne at økt konkurranse i en sektor medfører bedre kvalitet på produktene som leveres. Et viktig skille mellom helsetjenester og mange andre varer og tjenester er imidlertid at forbrukeren/pasienten ofte vil finne det vanskelig å bedømme kvaliteten på de undersøkelser og behandlinger som tilbys. Med mindre man selv er lege, kan det være vanskelig å etterprøve legers medisinskfaglige beslutninger. Denne informasjonsasymmetrien bidrar til at etterspørselssiden i markedet for helsetjenester responderer svakt, eller kanskje ikke i det hele tatt, på endringer i kvaliteten på tjenestene som leveres. Videre er kvaliteten heller ikke direkte observerbar for tilsynsmyndigheter eller tredjepart som betaler for helsetjenestene. Størrelser som ikke er direkte observerbare, lar seg vanskelig innarbeide i kontrakter. Dermed er det vanskelig også for offentlige myndigheter å fremme kvalitet på vegne av pasienten, for eksempel ved å bruke økonomiske insentiver. De nevnte kjennetegn ved produksjon av helsetjenester innebærer at det i dette markedet er en kompleks sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Den helseøkonomiske litteraturen om disse sammenhengene er voksende. Cookson og Dawson (2006) beskriver de sentrale funn fra blant annet USA og England, og konkluderer med at den helseøkonomiske litteraturen ikke gir noen entydige svar på sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet. En god gjennomgang av litteraturen om konkurranse og kvalitet er skrevet av Martin Gaynor (2006). Både i den teoretiske og empiriske litteraturen skilles det gjerne mellom regimer der prisene er regulerte og regimer der prisene fastsettes av produsentene. Forutsatt at markedets etterspørselsside responderer på kvalitetsforskjeller, predikerer økonomisk teori en entydig sammenheng mellom konkurranse og kvalitet i markeder der prisene er regulerte: Økt konkurranse medfører høyere kvalitet på helsetjenestene. I regimer der prisene er fastsatt og ikke kan påvirkes av aktørene i markedet, er det bare kvaliteten som varierer mellom produsentene. Når produsentene kun kan bruke kvalitet til å tiltrekke seg etterspørsel og konkurransen i markedet blir styrket, medfører det at etterspørselen blir mer kvalitetselastisk. Idet etterspørselssiden blir mer sensitiv for kvalitetsendringer styrkes produsentenes insentiver til å levere tjenester av høy kvalitet.

**Tabell 2: Sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet. Resultater fra den helseøkonomiske litteraturen.**

<b>Regime</b>	<b>Resultater fra økonomisk teori</b>	<b>Resultater fra empiriske studier</b>
<b>Regulerte priser</b>	<p><b>+</b></p> <p>Mer konkurranse mellom produsenter gir høyere kvalitet. Årsaken er at når prisene er faste blir kvalitet viktigere i konkurransen om pasientene.</p>	<p><b>+/(0 -)</b></p> <p>Mange studier finner positiv sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Men det finnes også et mindre antall studier som finner negativ sammenheng mellom konkurranse og kvalitet.</p>
<b>Ikke regulerte priser</b>	<p><b>+/0/-</b></p> <p>Ikke entydig sammenheng mellom konkurranse og kvalitet: økt konkurranse kan medføre lavere eller høyere kvalitet. Effekten av økt konkurranse avhenger både av hvor følsom etterspørselsiden er for prisendringer og hvor følsom etterspørselsiden er for kvalitetsendringer. Er etterspørselsiden følsom for prisendringer men i liten grad følsom for kvalitetsendringer, vil økt konkurranse medføre lavere kvalitet. Omvendt dersom etterspørselsiden responderer sterkere på kvalitetsendringer enn på prisendringer.</p>	<p><b>+/0/-</b></p> <p>Blandede resultater.</p>

I regimer der både kvalitet og pris dannes som resultat av mekanismer i markedet, finner man fra økonomisk teori ikke noen *generell*, entydig sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Ved hjelp av økonomisk teori er det likevel mulig å si hvilke forutsetninger som må gjøre seg gjeldende for at sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet skal være henholdsvis positiv og negativ (Dranove og Satterthwaite, 2000). Dersom etterspørselsiden relativt sett er mer sensitiv for endringer i kvalitet enn for endringer i pris, vil det bidra til at økt konkurranse gir bedre kvalitet. Dersom etterspørselsiden derimot er mest sensitiv for endringer i pris, vil det medføre at sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet blir negativ. Vi har ingen a priori kunnskap om det er prisendringer eller kvalitetsendringer som har sterkest effekt på etterspørselen, og dette er derfor et empirisk spørsmål. Trolig er etterspørselen etter helsetjenester lite følsom for både pris- og kvalitetsendringer. Hvilken effekt som er sterkest, vil kunne variere mellom forskjellige typer av helsetjenester, mellom markeder, og over tid. I tillegg vil endringer i konkurranseforholdene påvirke forholdet mellom pris- og kvalitetselastisitet.

Et viktig moment er at kvaliteten kan bli høyere enn hva som er samfunnsøkonomisk optimalt. Dette skjer når ressursene satt inn ved de siste marginale kvalitetsforbedring hadde generert større velferd eller nytte ved alternativ anvendelse, enten innen helsetjenesten (kreftforskning), eller andre steder i samfunnet (samferdsel, utdanning). Økt konkurranse kan altså medføre kvalitetsforbedringer som, ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, ikke er ønskelige. Normative beslutninger om hvorvidt det er ønskelig med mer konkurranse fordrer altså ikke bare kunnskap om hvorvidt det er positiv eller negativ sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Det er i tillegg nødvendig med kunnskap om hvorvidt kvaliteten er for høy eller for lav relativt til det samfunnsøkonomiske optimum. I den norske helsetjenesten er prisene i utgangspunktet regulert, siden prisen pasientene betaler er den samme over alt. Dette er likevel ikke hele bildet. Når regionale helseforetak (RHF) inngår avtaler med private sykehus om pasientbehandling, blir det forhandlet om pris. Hvor mange pasienter som behandles ved private sykehus, vil kunne påvirkes av prisen. Dagens ordning der regionale helseforetak inngår kontrakter med private sykehus, kan oppfattes som en ordning der RHF koordinerer etterspørselen til sine pasienter. Dette skulle tilsi at den etterspørselssiden private sykehus forholder seg til, er følsom for pris, og det kan hevdes at deler av den norske helsetjenesten ikke faller i regimet der produsentenes priser er regulert. Resonnementet over innebærer dermed at økt konkurranse mellom norske private sykehus kan medføre redusert kvalitet. Et mulig scenario er at de norske RHF koordinerer sine pasienters etterspørsel og inngår kontrakter med offentlige eller private sykehus i utlandet, slik det ble gjort i tilfellet med den norske pasientbroen (Botten, Grepperud og Nerland, 2004). Hvilken effekt denne type handel får på kvaliteten av helsetjenester, produsert i inn- og utland er ikke åpenbar. Et mulig scenario er at handel med utlandet medfører et økt fokus på kvalitet, og at dette i seg selv bidrar til øke etterspørselssidens følsomhet for kvalitetsforskjeller. Dersom norske institusjoner skulle legge sterkt vekt på pris i sine forhandlinger med norske og utenlandske sykehus er det derimot faktorer som vil trekke i retning av en svekkelse av kvaliteten.

Det er betydelige utfordringer forbundet med å kvantifisere virkningen av konkurranse, eller andre faktorer, på helsetjenesters kvalitet. En viktig årsak er at *kvalitet* er et flerdimensjonalt begrep uten noen åpenbar måleskala. Det kan argumenteres for at de såkalte observerbare kvalitetsindikatorer som benyttes i kvantitative analyser, bare er variable som er avledet av kvalitet. En utfordring blir da hvordan man vekter betydningen av ulike kvalitetsindikatorer, for eksempel i situasjoner der enkelte indikatorer antyder forbedret kvalitet mens andre indikatorer antyder svekket kvalitet. Videre er enkelte kvalitetsindikatorer lettere å observere

og måle enn andre. Dersom relevante kvalitetsindikatorer er vanskelige å måle og må utelates fra empiriske analysene, vil det innebære at resultatene må tolkes med varsomhet. Det at kvalitet er et begrep med mange dimensjoner, vil også kunne innebære at økt fokus på målbare kvalitetsindikatorer, for eksempel fra reguleringsmyndigheter, kan gi helsetjenesteprodusentene insentiver til å øke anstrengelsene for å oppnå gode resultater for de målbare dimensjonene på bekostning av de ikke målbare kvalitetsdimensjonene. Resultatene fra Propper m.fl (2008a), som er beskrevet i kapittel 8, er konsistent med en slik prosess, ved at konkurranse mellom sykehus reduserer ventetid før behandling (observerbar) samtidig som dødeligheten (ikke observerbar) øker.

Konkurranse kan gjøre det viktigere for sykehusene å framstå som attraktive overfor pasientene. Fra et bedriftsøkonomisk synspunkt er ikke alle pasienter like attraktive for sykehusene. Kvalitetsinformasjon som stimulerer til konkurranse, kan dermed medføre at det blir vanskeligere for de sykeste å få god behandling. Samtidig er det de sykeste som kanskje vil være mest opptatt av å finne fram til de beste behandlerne, så nettoeffekten er ubestemt. Dranove, Kessler, McClellan and Satterthwaite (2003) presenterer en kjent studie som belyser dette seleksjonsproblemet. Forfatterne undersøker effekter av at sykehusene i New York publiserer tall for dødelighet etter koronare bypassoperasjoner. Data er fra 1990-årene. De finner at kvalitetsinformasjonen gir bedre matching i den forstand at de sykeste pasientene i større grad enn før får de beste behandlerne. Samtidig finner de at det samlede antallet operasjoner økte og at fordelingen av pasientenes alvorlighetsgrad endret seg i retning av friskere pasienter. Forfatterne mener derfor å finne støtte for at seleksjonsproblemet er reelt.

## **7.2 En sentral europeisk studie om sammenhenger mellom konkurranse og kvalitet.**

De fleste publiserte studier av sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet er fra USA. Blant de få studiene fra Europa er Propper m.fl. (2004) og Propper m.fl. (2008a), basert på britiske data. Siden det britiske helsevesenet har flere likhetstrekk med det norske, er trolig overføringsverdien av resultatene fra disse studiene større enn tilfellet er for de amerikanske studiene. Av den grunn gjengir vi kort en beskrivelse metode og resultater fra Propper m.fl. (2004).

### *Bakgrunn*

I den britiske helsetjenesten, NHS, ble det i 1990 introdusert en organisasjonsform der rollen som tilbyder av spesialisthelsetjenester ble skilt fra rollen som betaler. Formålet med denne reformen var å øke konkurransen mellom helsetjenesteprodusentene. Det ble etablert to typer kjøpere, District Health Authorities (DHA) og General Practice Fund-Holders (GPFH). Gruppen av GPFH besto av allmennleger som selv valgte å disponere eget budsjett for kjøp av spesialisthelsetjenester. Offentlige sykehus ble omgjort fra å være under kontroll av NHS til å bli del av offentlige foretak, såkalte NHS Trusts. Kontrakter mellom kjøpere og produsenter ble inngått på årlig basis. Selv om kjøperne hadde anledning til å inngå kontrakter med hvilken som helst tilbyder, ble det aller meste av helsetjenestene produsert av de offentlige NHS Trusts.

Dataene som analyseres i artikkelen, er fra perioden 1991-1998. Forfatterne bruker dødelighetsrater som indikatorvariabel for kvalitet, og to varianter av mål på sykehustetthet som indikatorvariabler på graden av konkurranse.

### *Målet på konkurranse*

For å måle graden av konkurranse i et marked, må en ha en presis definisjon på hvilke sykehus som til sammen utgjør et sykehusmarked, eller opptaksområde. I artikkelen defineres opptaksområdet ved å inkludere det geografiske området som er 30 minutter eller mindre fra sykehuset med bruk av bil. Forfatterne bruker to alternative mål på graden av konkurranse i opptaksområde  $j$ :

**Mål 1 ( $C^1$ ):** Forholdet mellom antallet trusts og innbyggertallet i markedet:  $T_j / P_j$

**Mål 2 ( $C^2$ ):** Andel innbyggere i opptaksområdet  $j$  som har mer enn 20 ulike trusts innen 30 minutters kjøretid med bil. Forfatterne antar at det er en positiv sammenheng mellom graden av konkurranse og de benyttede konkurransemålene.

### *Kvalitetsmål*

I denne studien brukes 30 dagers dødelighetsrate for pasienter over 50 år innlagt for øyeblikkelig hjelp med diagnosen akutt hjerteinfarkt (AMI) som kvalitetsindikator. Dette er en kvalitetsindikator som benyttes hyppig i slike studier. Forfatterne forklarer at denne type kvalitetsindikatorer kan være vanskelig å bruke som indikator for kvaliteten ved *enkeltsykehus*, men at den er velegnet der man studerer kvalitetsforskjeller mellom *grupper* av sykehus. Forfatterne argumenterer for at denne kvalitetsindikatoren også reduserer problemer

knyttet til pasientseleksjon, siden det sjelden eller aldri vil være aktuelt å avvise akuttpasienter. Forfatterne viser også at de britiske sykehusenes rangering etter denne kvalitetsindikatoren endrer seg lite over tid.

### *Kontrollvariable*

Det er viktig å ta hensyn til at det finnes faktorer som kan forventes å samvarierte systematisk med både variabelen som brukes for å indikere graden av konkurranse og variabelen som brukes for å indikere nivået på kvalitet. I analysene kontrolleres det derfor for

- Pasientenes alder og kjønn
- Liggedager i sykehuset
- Sykehusstørrelse/samlet behandlingsvolum målt ved:
  - antall senger
  - samlet antall innleggelser
  - antall akutt innleggelser med diagnosen hjerteinfarkt.
- Hvorvidt det enkelte sykehus er ”Teaching specialist hospital”
- Hvorvidt det enkelte sykehus er ”Heart specialist hospital”
- Forfatterne kontrollerer også for ulike geografiske regioner det enkelte sykehus er lokalisert i, herunder London, for å gjøre analysenes robuste for uobserverbare forhold i de ulike regioner.
- Variable som beskriver befolkningens forventede helsetilstand i opptaksområdet:
  - Arbeidsledighet blant menn i arbeidsstyrken i opptaksområdet
  - Alder- og kjønnsfordelingen i opptaksområdet.

### *Resultater*

Resultatene tyder på at økt konkurranse gir dårligere kvalitet. Sykehus lokalisert i områder med sterk konkurranse har høyere dødelighet enn sykehus lokalisert i områder med svakere konkurranse. Resultatene er robuste i den forstand at den negative sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet er statistisk signifikant over en rekke forskjellige spesifikasjoner der konkurranse måles ved begge de to konkurransemålene. Robustheten til analysene undersøkes også ved å utelate enkelte av kontrollvariablene i noen av analysene. Videre undersøkes det hvorvidt det kan være ikke-lineære sammenhenger mellom konkurranse og kvalitet, og mellom sykehusstørrelse og kvalitet.

Et like viktig resultat i denne studien er at den kvantitative effekten av konkurranse på kvalitet synes å være relativt svak: Beregnet ved gjennomsnittsverdien av variablene som inngår i analysene gir en prosent økning i  $C^1$  en økning dødelighetsraten med 0,19 prosent mens tilsvarende beregning for  $C^2$  gir en elastisitet på 0,07. Forfatterne beregner også predikert økning i dødelighetsraten ved å gå fra 25 percentilen til 75 percentilen i fordelingen til konkurransemålene. Modellen predikerer at en slik økning i konkurransen, målt ved  $C^1$ , vil øke dødelighetsraten med 0,01, og omtrent tilsvarende for  $C^2$ . En slik økning i dødeligheten utgjør kun en femtedel av standardavviket til dødelighetsvariabelen.

I Propper m.fl. (2008a), utvides analysen til å omfatte observasjoner fra flere år, og funnene bekrefter funnene i Propper m.fl. (2004) om at mer konkurranse fører til en svekkelse av kvaliteten målt ved dødelighet. I Propper m.fl. (2008a), finner forfatterne at økt konkurranse hadde en signifikant negativ effekt på ventetider for elektiv kirurgi. Mens informasjon om ventetider var offentlig tilgjengelig, ble statistikk over dødelighet på sykehus først tilgjengelig fra 1999. Forfatternes tolkning av disse funnene er at økt konkurranse medførte at sykehusene prioriterte virksomhet som var observerbar for etterspørselssiden. Resultatet samsvarer godt med hva de samme forfatterne finner i Propper m. fl. (2008b). Her undersøkes effektene av måltall for ventetider kombinert med sanksjoner for sykehus som ikke når målet. Fra økonometriske analyser av data fra England (med måltall og straff) og Skottland (uten måltall og straff) konkluderer forfatterne med at måltall og straff bidrar til reduksjon i ventetider for sykehusbehandling.

## **8. Betydningen av reiseavstand for individers valg av sykehus**

En faktor som er av stor betydning for hvorvidt handel med helsetjenester vil påvirke den norske helsesektoren, er pasientenes reisevillighet. Det er godt dokumentert i den internasjonale litteraturen at mange pasienter velger et annet sykehus enn det som er nærmest (Bronstein og Morrissey, 1991, Varkevisser, 2007, Monstad m.fl., 2007). Med utgangspunkt i økonomisk teori, forventes at rasjonelle pasienter i sitt valg av helsetjenestetilbyder foretar en avveining mellom de forskjellige kjennetegn ved alternative sykehus, slik som pris, ventetider, reiseavstand og forventet kvalitet. En studie som belyser pasientenes avveining mellom ventetid og reiseavstand med utgangspunkt i norske data, er Monstad m.fl. (2007). Forfatterne benytter et stort datasett bestående av personer på venteliste for å operere inn



hofteprotese i perioden 2001-2003. Tallene i denne studien tyder på at hele 41 % reiser forbi sitt nærmeste sykehus for å få hofteprotese.

I denne studien benyttes forskjellige conditional logit modeller (McFadden, 1974) for å estimere effekten av reiseavstand, ventetid og andre forklaringsvariable, på sannsynligheten for å velge et bestemt sykehus. De estimerte effekter kan tolkes som grensenytter, og dermed kan man på en enkel måte beregne marginale substitusjonsbrøker<sup>6</sup>. Det betyr i denne sammenheng at forfatterne kan beregne hvor mange uker kortere ventetid pasienten må oppnå for å akseptere én time lenger reiseavstand til sykehuset. Resultatene tyder på at relativt store reduksjoner i ventetid må til for at pasientene skal være villig til å forlenge reisen. Vektlegging av reiseavstand i forhold til forkortet ventetid vil være forskjellig fra person til person. I artikkelen beregnes den marginale substitusjonsbrøk for 8 grupper, kategorisert etter pasientens kjønn, to aldersgrupper og to utdanningsgrupper<sup>7</sup>. Forskjellene mellom gruppene er betydelige: Resultatene tyder på at kvinner over 67 år i den laveste utdanningskategorien er minst reisevillige. Individer i denne kategorien må i henhold til beregningene oppnå en forkorting av ventetiden på 151 uker for å være villig til å reise en time ekstra. Mest reisevillige er kvinner under 67 år i den øvre utdanningskategorien. Disse må, i henhold til beregningene, oppnå en forkorting av ventetiden på 31 uker for å være villig til å reise en time ekstra. Forfatterne finner en klar tendens til at individer med høy utdanning er mer villig til å reise for å oppnå ventetidsreduksjoner sammenliknet med individer med lav utdanning, mens forskjellene mellom kjønn og aldersgrupper synes å være noe mindre. Funnene samsvarer med Godager og Iversen (2004) som fant at personer med fullført videregående skole hadde større tilbøyelighet til selv å velge sykehus, sammenliknet med personer med kortere utdanning. Resultatene tyder altså på at selv de som er mest reisevillig, må oppnå relativt store reduksjoner i ventetid for å reise en time ekstra. Et representativt individ fra den mest reisevillige gruppen må forkorte ventetiden med flere år for å være villig til å forlenge reisen med en strekning svarende til strekningen Oslo-Gøteborg<sup>8</sup>. Til sammenlikning er det i april 2008 et større antall sykehus som har mindre enn 20 ukers ventetid, og ingen sykehus som har lengre enn 40 ukers ventetid for slik operasjon ([www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no)). Resultatene i denne studien ser altså ut til å bekrefte andre funn som tyder på at etterspørselen etter

---

<sup>6</sup> En marginal substitusjonsbrøk uttrykker hvor mange enheter av et gode individet er villig til å avvgi for å oppnå én enhet mer av et annet, idet individets nyttenivå holdes konstant.

<sup>7</sup> Forfatternes øvre utdanningskategori består at individer som har minst har tre års utdanning i tillegg til obligatorisk grunnskole.

<sup>8</sup> Reisetiden med tog til Oslo- Gøteborg er 4 timer per april 2008

kirurgiske tjenester er uelastisk i ventetiden (Martin og Smith, 1999, Birk og Henriksen, 2006, Martin mfl, 2007).

## **9. Sammenlikning av kvalitet og kostnader mellom land**

Tillit til at helsetjenester produsert i utlandet har god kvalitet, vil trolig være av sentral betydning for hvorvidt norske pasienter vil la seg behandle utenlands. Selv om norske pasienter ikke har sikker informasjon om kvaliteten som tilbys av innenlandske produsenter, vil kvaliteten på helsetjenester produsert i andre land oppleves som mer usikker. Risikoaversjon blant pasienter vil således kunne være en faktor som virker begrensende på handel med helsetjenester.

Det kan synes som om oppmerksomheten rundt kvalitetsdokumentasjon av helsetjenester og sammenlikning av kvalitet mellom land er styrket de senere år. OECD er blant organisasjonene som bidrar til å muliggjøre sammenlikning av kvalitet mellom land, og i 2007 ble et kapittel om helsetjenesters kvalitet for første gang inkludert i OECDs "Health at a Glance". Nedenfor diskuteres noen av disse indikatorene.

Indikatorer for helsetjenestekvalitet ved akutte tilstander er beskrevet ved dødelighet etter sykehusinnleggelse for hjerteinfarkt, blodpropp i hjernen og hjerneblødning, mens overlevelse ved tre forskjellige typer av kreft beskriver kvaliteten på kreftomsorgen.

Vedleggsfigur 1 gjengir OECDs tall for 30 dagers dødelighet etter sykehusinnleggelse for akutt hjerteinfarkt. Tallene viser at dødeligheten er lavere i Norge sammenliknet med gjennomsnittet i OECD landene. Bare New Zealand, Australia, Island, Danmark og Frankrike rapporterer lavere dødelighet enn Norge. Forskjellene mellom land er relativt store, og tallene viser at forskjellene er store selv mellom land med lik grad av økonomisk utvikling og liknende organisering av helsesektoren. Som et eksempel på det siste ser vi at Østerrike rapporterer mer enn 50 % større dødelighet enn Frankrike. OECD påpeker imidlertid at tallene ikke er justert for forskjeller i pasientrisiko eller forskjeller mellom land i befolkningens aldersfordeling. Det er derfor vanskelig å avgjøre hvorvidt forskjeller i dødelighet skyldes forskjeller i risiko eller forskjeller i behandlingskvalitet.

I vedleggsfigurene 2 og 3 gjengis OECDs tall for 30 dagers dødelighet etter sykehusinnleggelse for henholdsvis blodpropp i hjernen og hjerneblødning. Tallene viser også her at dødeligheten er lavere i Norge sammenliknet med gjennomsnittet i OECD landene. Heller ikke disse tallene er justert for forskjeller i pasientrisiko eller forskjeller i aldersfordeling mellom land.

Vedleggsfigurene 4-6 gjengir OECDs tall for overlevelse ved tre forskjellige kreftdiagnoser. OECD fremhever at tallene i disse figurene er justert for forskjeller i aldersstruktur mellom land, og man kan derfor argumentere for at disse tallene i større grad kontrollerer for forskjeller i overlevelse som skyldes forskjeller i pasientenes risiko. Vi ser at tallene for tykktarmskreft (Vedleggsfigur 4) og brystkreft (Vedleggsfigur 5) viser lavere 5 års overlevelse i Norge sammenliknet med gjennomsnittet i OECD. Fra vedleggsfigur 6 ser vi at overlevelse ved livmorhalskreft er høyere i Norge sammenliknet med gjennomsnittet i OECD.

I sum gir OECD tallene et blandet inntrykk, og det synes vanskelig å trekke en generell konklusjon om kvalitetsnivået i den norske helsetjenesten sammenliknet med de andre OECD landene. Behovet for tilleggsinformasjon om forskjeller i pasientrisiko mellom land for å tolke forskjeller i dødelighetsrater for de tre akutte tilstandene begrenser nytteverdien av disse kvalitetsindikatorene. Dette illustrerer også at det i denne sammenheng er behov for systemer for rapportering av kvalitetstall etter standardiserte maler. Det er trolig betydelig potensial for forbedring av kvalitetsindikatorene. Vi ser også at tallene for enkelte av landene beskriver situasjonen relativt langt tilbake i tid. Det er også verdt å nevne at det norske kreftregisteret opererer med andre og mer fordelaktige tall for overlevelse ved tykktarmskreft enn de tallene OECD presenterer. Vi kjenner ikke årsaken til dette.

Det er store kostnadsforskjeller mellom landene i Europa. I et spesialnummer av tidsskriftet Health Economics om kostnadsforskjeller i Europa for spesifiserte behandlinger presenteres hovedresultatene fra prosjektet Health Basket, finansiert av EU 6. rammeprogram. Datagrunnlaget er detaljerte undersøkelser i hvert enkelt land basert på typiske pasienter. Den typiske pasient beskrives i detalj for å sikre meningsfull sammenligning. Tabell 3 er laget med bakgrunn i resultater fra noen av artiklene.

**Tabell 3. Gjennomsnittskostnad (ikke kjøpekraftskorrigert) i Euro for tre behandlinger i noen europeiske land**

Type behandling	Danmark	England	Frankrike	Tyskland	Ungarn	Italia	Nederland	Polen
Katarakt – operasjon	602	623	909	741	318	1087	500	473
Hofteprotese	5933	5690	6101	6365	1294	6981	5605	2125
Tannfylling	47	156	46	67	8	135	64	18

(Kilder: Tan et al. (2008), Fattore and Torbica (2008), Stargardt, 2008)

Tabell 3 viser betydelige kostnadsforskjeller. Mens en kataraktoperasjon koster tre ganger så mye i Italia som i Ungarn, koster en hofteprotese seks ganger så mye i Italia som i Polen. Deler av disse kostnadsforskjellene skyldes kvaliteten på reservedelene (for eksempel type linse og protese). Men en betydelig del skyldes også arbeidskraftskostnadene.

## **10. Internasjonal konkurranse og organisering av den norske helsesektoren**

Vi skal nå diskutere om behandlingsmuligheter i utlandet vil kunne påvirke organiseringen av den norske helsesektoren. I den forbindelse er det viktig å skille mellom to typer av etterspørre: den enkelte pasient og de regionale helseforetakene.

For pasienter som vurderer å la seg behandle i utlandet, spiller ikke forskjellene mellom kostnader ute og hjemme noen rolle for beslutningen så lenge den norske staten betaler. Men for tannhelsetjenester, som betales av den enkelte, kan det ha stor betydning. Kostnadsforskjellene ved en tannfylling, som vi ser i siste linje av tabell 3, uttrykker trolig prisforskjellene for tannlegetjenester mer generelt og er den sentrale årsaken til at flere nordmenn velger å reise til Polen og Ungarn for omfattende tannreparasjoner. Med offentlig tannhelsetjenesteforsikring ville pasientstrømmene trolig vært vesentlig mindre.

På samme måte som den enkelte pasient tilpasser seg forskjellene i pasientbetalinger, vil de som har ”sørge-for-ansvaret” for de offentlig betalte helsetjenestene, interessere seg for forskjellene i behandlingskostnadene for de offentlig finansierte helsetjenestene. Det kan for eksempel være mye å spare på å behandle grupper av hoftepasienter i Polen eller Ungarn. Denne muligheten vil kunne legge et press på de norske helseforetakene for å redusere

kostnadsøkninger slik at kostnadsforskjellene ikke blir for store. Det innebærer at mulighetene for at pasienter kan bli behandlet i utlandet, kan få en disiplinerende effekt på virksomheten i norske helseforetak. En slik mulighet vil trolig bli oppfattet som en provokasjon blant ansatte i helsesektoren. Et interessant spørsmål å stille kan derfor være om måten spesialisthelsetjenesten er organisert på i dag med etterspørselssiden og tilbudssiden i samme organisasjon, er robust overfor konkurranse fra utlandet om å utføre planlagte behandlinger.

Mange har påpekt målkonflikten som ligger i at de regionale helseforetakene både skal sørge for befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester, uansett hvem som yter dem, samt være eiere av helseforetakene som de offentlige sykehusene tilhører. I rollen som eier av helseforetakene skal de regionale helseforetakene sørge for at helseforetakene leverer helsetjenester av god kvalitet, at det kommer mye helsetjenester ut av ressursene helseforetakene disponerer og at kostnadene ikke blir større enn helseforetakenes inntekter. Denne rollen innebærer blant annet å sørge for at helseforetakene får tilført tilstrekkelig inntekter til å dekke kostnadene til de ressursene som helseforetakene disponerer. Siden innsatsstyrt finansiering (isf) innebærer at inntektene i betydelig grad følger pasientene, innebærer inntektsbehovet at helseforetakene må få et tilstrekkelig antall pasienter.

I den andre rollen skal det regionale helseforetaket sørge for at befolkningen får tilgang til spesialisthelsetjenester av god kvalitet uavhengig av hvem som leverer tjenestene. La oss nå se litt nærmere på hvordan utviklingen i rammevilkårene kan påvirke konflikten mellom disse to rollene.

Med den dominerende rolle som offentlig finansiering spiller i helsesektoren, vil omfanget av spesialisthelsetjenester levert fra utlandet avhenge av i hvilken grad utenlandske leverandører oppnår kontrakter med de regionale helseforetakene. I "sørge-for-rollen" kan det regionale helseforetaket være interessert i å inngå slike kontrakter både fordi det kan bedre befolkningens tilgang på spesialisthelsetjenester og fordi konkurranse kan bidra til mer effektiv organisering av virksomheten i Norge og dermed til at man får mer helsetjenester ut av ressursene.

Samtidig kan kontrakter med andre leverandører være mindre attraktivt for det regionale helseforetaket i eierrollen. Her kan vi skille mellom tre ulike tilfeller:

- Stor isf-andel og overflod av pasienter: I dette tilfellet vil utgiftene til behandlinger utenlands stort sett vil bli dekket av større inntekter fra staten. Verken inntekter eller kostnader i egne foretak trenger derfor å bli særlig mye påvirket. Dette ligner på hva som skjedde i forbindelse med ”utenlands-milliarden”, som er omtalt tidligere.
- Stor isf-andel og knapphet på pasienter: I dette tilfellet vil de utenlandske behandlerne ta pasienter fra helseforetakene som vil få økonomiske problemer siden inntektene uteblir.
- Liten isf-andel: Inntekter til utenlandske behandlere vil nå i stor grad gå på bekostning av inntekter til egne helseforetak.

Dette innebærer at jo mer av inntektene de regionale helseforetakene mottar etter en modell med behovsbasert rammefinansiering med eller uten aktivitetskrav, jo mer vil behandling i utlandet gå på bekostning av virksomhet i de offentlige helseforetakene. Dermed vil de regionale helseforetakene i eierrollen være tilbakeholden med å inngå kontrakter med behandlere utenom egne helseforetak. De vil trolig i mange tilfeller kunne få støtte av pasientene som ikke har umiddelbar interesse i spare penger for det regionale helseforetaket. Pasientenes interesse vil imidlertid kunne bli større hvis det tilbys en eller annen form for kompensasjon eller ved at ventetidene for å bli behandlet i Norge er lange.

Muligheter for pasienter til å bli behandlet i utlandet (også på eget initiativ) vil kunne bety en forbedring av den helsetjenesteforsikring som tilbys pasientene gjennom de regionale helseforetakene. På den måten kan det bidra til en forbedring av hvordan de regionale helseforetakene ivaretar sitt sørge-for-ansvar. Samtidig får de regionale helseforetakene mindre styring med pasientstrømmer og utgifter til pasientbehandling. Dermed svekkes også inntektsgrunnlaget for egne helseforetak. Dette er uheldig i forhold til helseforetakenes økonomiske resultat og dermed for de regionale helseforetakenes eierrolle.

## **11. Oppsummering**

I del 2 skilte vi mellom fire typer av handel med helsetjenester:

1. ”Tilbud over grensen”: I dette tilfellet kan pasienten befinne seg i hjemlandet og tjenesteyteren i utlandet. Tjenestene vil være innsatsfaktorer i diagnostikk og behandling, som for eksempel teleradiologi og telekirurgi.

2. "Konsum utenlands": Pasienter som reiser utenlands for behandling
3. "Tilstedeværelse av utenlandske foretak": Utenlandske foretak etablerer seg i Norge
4. "Midlertidig forflytning av personer": Utenlandske arbeidstakere midlertidig i Norge

Dette notatet har konsentrert seg om punktene 1 og 2. Under punkt 1 er pasientens reisevillighet ingen begrensning. For denne typen av handel (som ble nærmere omtalt i del 4) vil vi tro at potensialet for handel er stort og at det faktiske omfanget vil avhenge av teknologisk utvikling og motstand fra innenlandske tjenesteytere. Telemedisinske framskritt vil gjøre at internasjonalisering av helsetjenesten vil kunne påvirke sammensetningen av innsatsfaktorer i produksjon av helsetjenester i Norge ved at de deler produksjonen gjøres i land der kostnadene er lavere.

Når det gjelder pasienter som reiser utenlands for behandling, har vi omtalt og diskutert flere studier med relevans for pasienters reisevillighet. Vi fant at økte valgmuligheter synes å gi en liten reduksjon i ventetid. Fra teorien er den forventede effekten på behandlingskvalitet ubestemt. Den ene europeiske studien viste en liten økning i dødelighet ved mer konkurranse. Studier viser også at pasienters reisevillighet er liten i den forstand at man krever en meget stor reduksjon i ventetid på behandling for å akseptere lengre reiseavstand. En samlet oppsummering av disse studiene trekker i retning av at reisevilligheten ikke synes særlig stor så lenge størrelsen på egenbetalingen er uavhengig av om behandling skjer i utlandet eller i Norge. Dette trekker i retning av at handel med helsetjenester der norske pasienter reiser utenlands, trolig ikke vil bli meget omfattende.

Her vil det imidlertid være viktige forskjeller mellom pasientgrupper. For behandlinger som prioriteres lavt i den forstand at pasienten betaler hele behandlingen selv, vil prisforskjeller mellom utlandet og Norge være en viktig motivasjon for behandling i utlandet. Tannhelsetjenester og behandlinger generelt av mer kosmetisk art er viktige eksempler på denne gruppen.

Den andre ytterligheten er pasienter som trenger akutt behandling, slik at selve reisetiden gjør behandling i utlandet utelukket. Heller ikke pasienter med kroniske sykdommer som krever langvarig oppfølging, vil være aktuelle for noen helhetlig behandling utenlands, selv om deler av behandlingen kan være aktuell, for eksempel for pasienter med revmatiske sykdommer.

Det synes derfor som om de behandlingene som er mest velegnet, er kirurgiske behandlinger der den videre oppfølgingen kan skje hos pasientens lege i Norge. Det kan for eksempel dreie seg om mange former for ortopedisk kirurgi.

I del 10 diskuterte vi muligheten for at de regionale helseforetakene ville ta initiativ til å la pasienter bli behandlet i utlandet for å redusere kostnader og utsette egne helseforetak for konkurranse. Med utgangspunkt i foreliggende studier argumenterte vi for at ventetidene trolig må bli svært lange i Norge før pasientene foretrekker å la seg behandle utenlands. Alternativt må pasientene gis et pengemessig motiv for å søke seg utenlands - ”Kontantstøtte” til utenlandspasienter? Vi argumenterte også for at med den nåværende organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge vil de regionale helseforetakene neppe ha tilstrekkelige oppmuntringer til å bestille behandlinger utenlands. Et ønske om slike bestillinger vil derfor trolig innebære at ”sørge-for-ansvaret” må skilles fra produsentansvaret. Dette vil i så fall være en omfattende reform som det faller utenfor vårt oppdrag å diskutere nærmere.

Vi avslutter med å summere opp momenter som på lang sikt trekker i retning av mer handel med helsetjenester. Større mobilitet vil gjøre befolkningen mindre stedbundet og dermed gjøre betydningen av reiseavstand mindre enn hva undersøkelsene referert i del 8 viser. Utviklingen i medisinsk teknologi vil trolig medføre at pasienter og behandlere i mindre grad enn nå har behov for fysisk nærhet. Stikkord er telemedisin generelt og teleradiologi og telekirurgi spesielt. Nye teknologier vil trolig ofte være forbundet med store investeringer rettet mot små pasientgrupper. Stordriftsfordelene vil dermed kunne innebære gevinster ved spesialisering og arbeidsdeling mellom land. Dette vil særlig kunne gjelde for små land som Norge. Et siste moment har med aldringen av befolkningen å gjøre. Det er ventet at arbeidskraftbehovet innen omsorgsektoren vil øke betydelig i årene framover. Siden omsorg for skrøpelige eldre av menneskelige hensyn er lite egnet til å foregå i utlandet, vil omsorgsbehovet måtte dekkes av innenlandsk arbeidskraft. Dette vil trolig øke effektiviseringspresset på diagnostikk- og behandlingsdelen av helsesektoren. Handel med helsetjenester kan bidra til å realisere effektiviseringsgevinster. At aldring og effektiviseringspress vil foregå parallelt i mange land, trekker trolig i retning av at interessen for slik handel blir større.



## Referanser

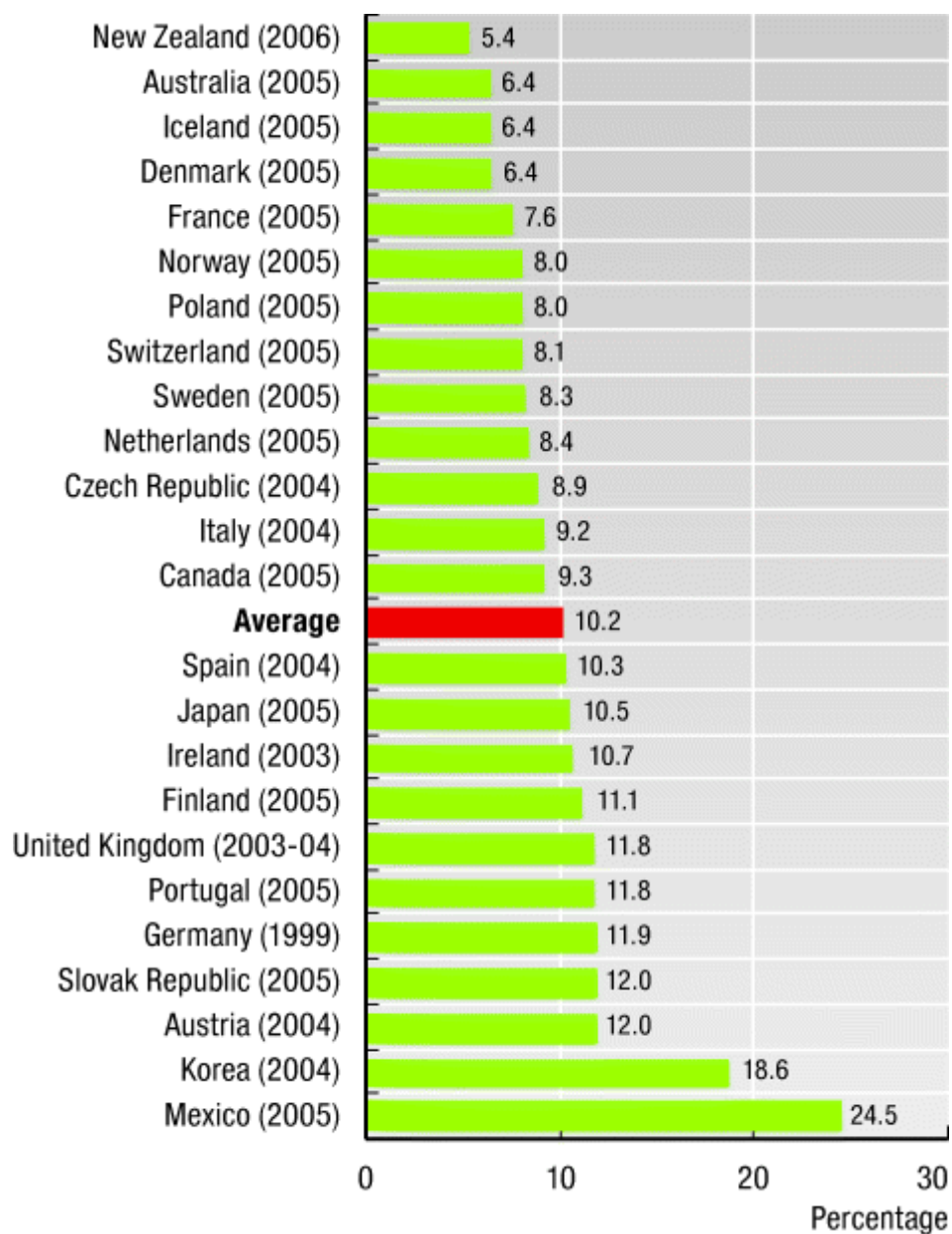
- Adlung, R., 2001a. Healthcare systems and the WTO: no grounds for panic. WTOs nettside. [http://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/sanalty\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/sanalty_e.htm)
- Adlung, R., 2001b. Effects of world trade on public health. *The Lancet* 357, 1626.
- Adlung, R., 2002. Health services in a globalizing world. *Eurohealth*, 8, 18-21.
- Alexander, III, Archie, A., 2007. American diagnostic radiology moves offshore: Is this field riding the “Internet Wave” into a regulatory abyss?”. *Journal of Law and Health* 20, 199.
- Birk, H.O., Henriksen, L. O., 2006. Why do not all hip- and knee patients facing long waiting times accept re-referral to hospitals with short waiting time? Questionnaire study. *Health Policy* 77, 318–325.
- Blouin C., Drager, N.C., Smith, R., 2006. *International Trade in Health Services and the GATS. Current Issues and Debate*, Washington DC: World Bank.
- Botten, G. S., Nerland, S., Hagen, T. P., 2002. Sykehuslegenes holdninger til kjøp av helsetjenester i utlandet”. *HERO skriftserie* 2002:5.
- Botten G. S., Grepperud S., Nerland, S. M., 2004. Trading patients: Lessons from Scandinavia. *Health Policy* 69, 317-327.
- Bronstein, J. M., Morrissey, M. A., 1991. Bypassing rural hospitals for obstetrics care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 16, 87-118.
- Cookson, R. Dawson, D., 2006. Hospital competition and patient choice in publicly funded care. In Andrew M. Jones (ed): *The Elgar Companion to Health Economics*, Cheltenham: Edward Elgar.
- Commision of the European Communities, 2006. Communication from the commission. consultation regarding community action on health services, Brüssel 26. september 2006 SEC (2006) 1195/4.
- Chanda, R., 2001. Trade in health services. *Bulletin of the World Health Organization* 80.158-163.
- Danmarks statistikk, 2007. LON42: Fortjeneste for kommunalt ansatte etter arbeidsfunksjon, lønmål og køn”, Funksjon 2221 ”Lægearbeide”, <http://www.statistikbanken.dk>
- Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P.C., 2007: The Effects of expanding patient choice of provider on waiting times: Evidence from a policy experiment. *Health Economics* 16, 113–128.
- Dranove, D., Satterthwaite, M., A., 2000. The industrial organization of health care markets. In A. J. Culyer and J. P. Newhouse (ed.): *Handbook of Health Economics*, vol.1. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 1093-1139.
- Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M., Satterthwaite, M., 2003. Is more information better? The effects of “Report Cards” on health care providers. *Journal of Political Economy* 2003, 555-588.
- Fattore, G., Torbica, A., 2008. Cost and reimbursement of cataract surgery in Europe: A cross-country comparison. *Health Economics* 17, S71-S82.
- Gaynor, M., 2006. Competition and quality in health care markets. *Foundations and trends in microeconomics* 2:6. Boston: Delft.
- Godager, G., Iversen, T., 2004. Hvem bruker retten til fritt sykehusvalg? Resultater fra Samordnet levekårsundersøkelse 2002. *Økonomisk forum* nr. 4/5: 49-56.
- Hussain, M., 2006. EU international trade in services in 2004. *Statistics in focus - Economy and finance*, 8/2006, Eurostat
- Kittelsen, S.A.C., Magnussen, J., Anthun, K. S., 2007. Sykehusproduktiviteten etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse. *HERO skriftserie* 2007: 1.

- Kjerstad, E., Kristiansen, F., 2005. Free choice, waiting time and length of stay in Norwegian hospitals. HEB Working paper 2005:21, <http://hdl.handle.net/2330/181>
- Lie, B., 2004. Stadig flere søker lykken med utenlandske ektefeller. Samfunnsspeilet nr. 3, 2004, <http://www.ssb.no/ssp/utg/200403/07/>.
- Martin, S., Smith, P.C., 1999. Rationing by waiting lists: an empirical investigation. *Journal of Public Economics* 71, 141–164.
- Martin, S., Rice, N., Jacobs, R., Smith, P., 2007. The market for elective surgery: Joint estimation of supply and demand. *Journal of Health Economics* 26, 263–285.
- McFadden, D., 1974. Conditional logit analysis of qualitative choice behaviour. In P. Zarembka (ed): *Frontiers of Econometrics*. New York: Academic Press, 105–142.
- National Geographic, 2001. Surgeons in U.S. Perform Operation in France Via Robot”, [http://news.nationalgeographic.com/news/2001/09/0919\\_robotsurgery.html](http://news.nationalgeographic.com/news/2001/09/0919_robotsurgery.html)
- National Center for Health Statistics, 2008. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hexpense.htm>
- OECD, 2000. A System of Health Accounts, Version 1.0
- OECD, 2007. Health at a Glance. OECD, Paris.
- OECD, 2008. Current Health Expenditure by Healthcare Provider, ICHA-HP, 2005” <http://www.oecd.org/dataoecd/62/55/38114478.xls>
- Orosz, E., Morgan, D., 2004. SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries. A Comparative Analysis. OECD Health Working Papers no. 16.
- Pollack, A, 2003. Who's Reading Your X-Ray? New York Times 16.11.2003.
- Pollock A. M., Price, D., 2000. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. *The Lancet* 356: 1995–2000.
- Propper, C., Burgess, S., Green, K., 2004. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88, 1247– 1272.
- Propper, C., Burgess, S., Gossage, D., 2008a. Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. *The Economic Journal* 118, 138–170.
- Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., Windmeijer, F., 2008b. Did ‘Targets and Terror’ Reduce Waiting Times in England for Hospital Care? *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy* Vol. 8: Iss. 2 (Contributions), Article 5.
- Siciliani, L., 2005. Does more choice reduce waiting times? *Health Economics* 14, 17-23.
- Siciliani, L., Martin, S., 2007. An empirical analysis of the impact of choice on waiting times. *Health Economics* 16, 763-779.
- Stargardt, T., 2008. Health services costs in Europe: Cost and reimbursement of primary hip replacement in nine countries. *Health Economics* 17, S9-S20.
- Sundar, T., 2001. Pasientbroen kan bli en bakteriebro. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 121, 235.
- Statistisk sentralbyrå, 2007. Ferieundersøkelsen 2006 <http://www.ssb.no/emner/00/02/20/ferie>
- Statistisk sentralbyrå (2008):”Heltidsansatte i helseforetak . Gjennomsnittlig månedslønn , etter yrke per 1. oktober 2006-2007. Kroner og endring i prosent” <http://www.ssb.no/emner/06/05/lonnstasyk/tab-2008-03-13-01.html>
- U.S. Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis, 2006. Survey of Current Business 86, 42–43.
- U.S. International Trade Commission, 2007. Recent Trends in U.S. Services Trade. Publication No. 3925.
- Smith, R., 2008. Editorial, *Health Economics* 17, 1–3.
- Statistiska centralbyrån, 2007. Genomsnittlig grund- och månadslön samt kvinnors lön i

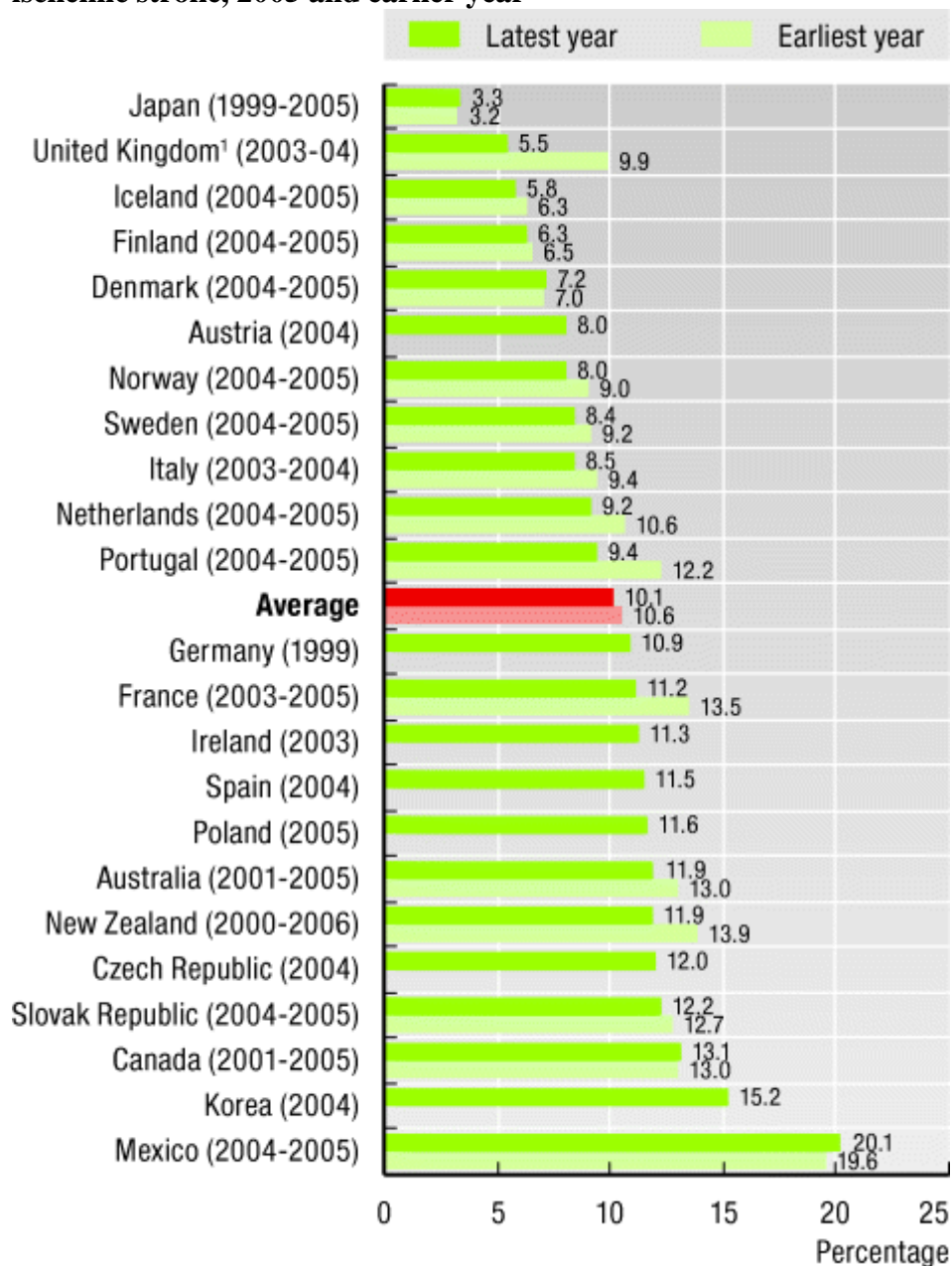
- procent av mäns lön efter region, sektor, yrke (SSYK) och kön. År 2005-2006. Funksjon 2221, <http://www.scb.se>
- Tan, S. S. et al., 2008. Costs and prices of single dental fillings in Europe: A micro-costing study. *Health Economics* 17, S83-S93.
- Varkevisser, M., van der Geest, S. A., 2007. Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands. *European Journal of Health Economics* 8, 287–295.



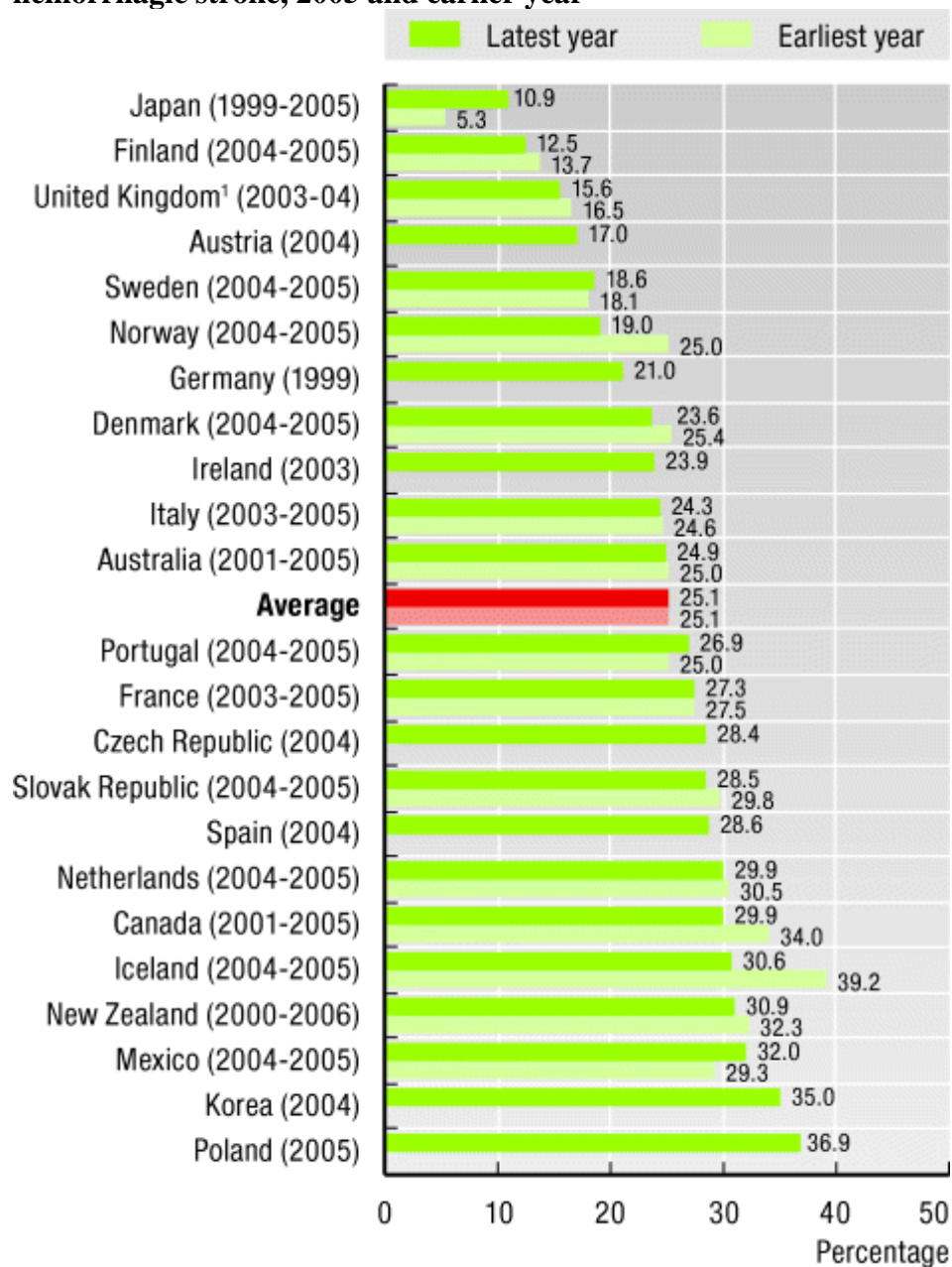
**Vedleggsfigur 1 In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for AMI, 2005**



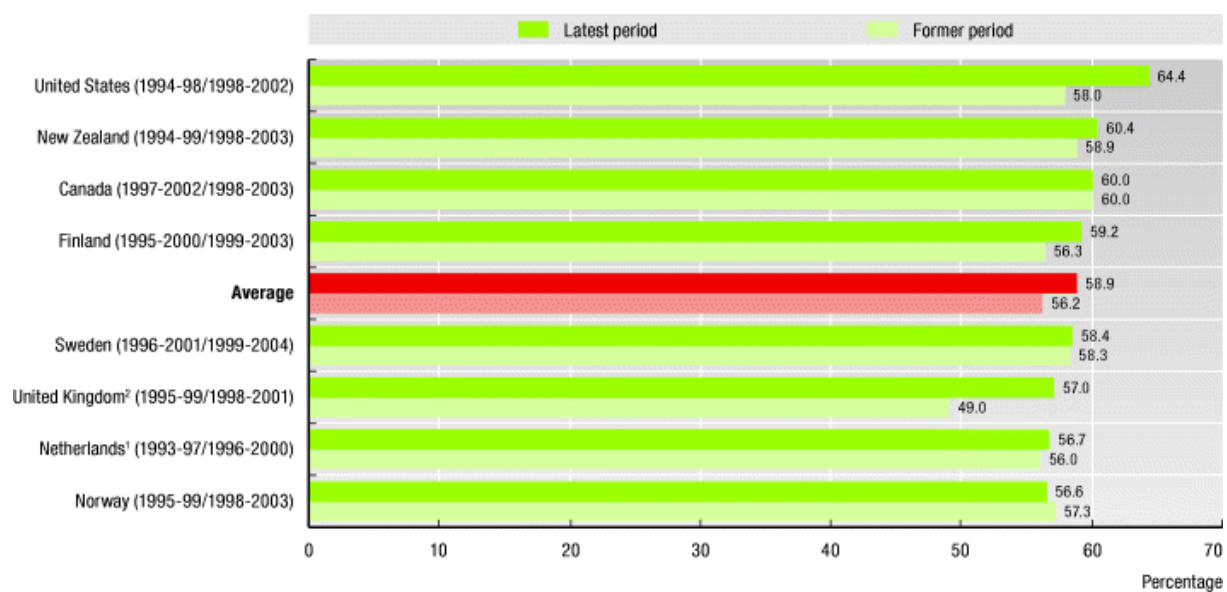
**Vedleggsfigur 2 In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for ischemic stroke, 2005 and earlier year**



**Vedleggsfigur 3 In-hospital case-fatality rates within 30 days after admission for hemorrhagic stroke, 2005 and earlier year**

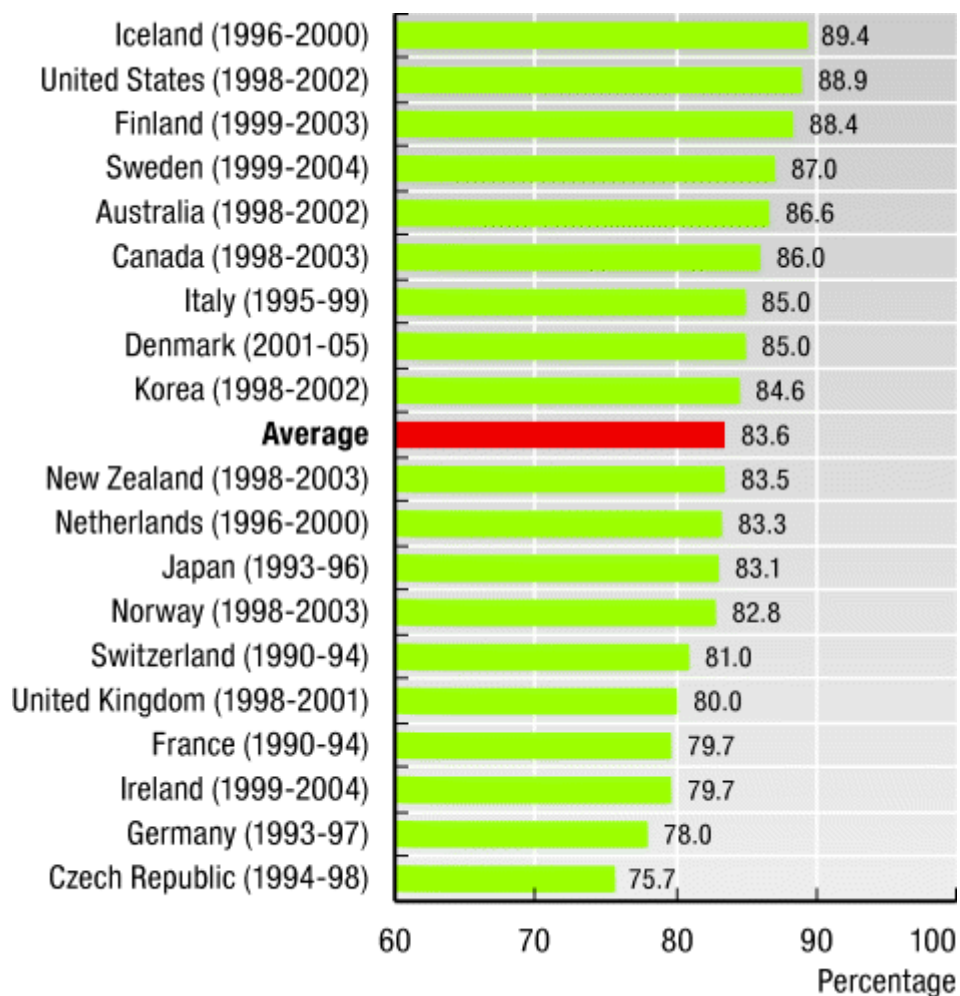


**Vedleggsfigur 4 Change over time in colorectal cancer five-year relative survival rates, men and women combined**

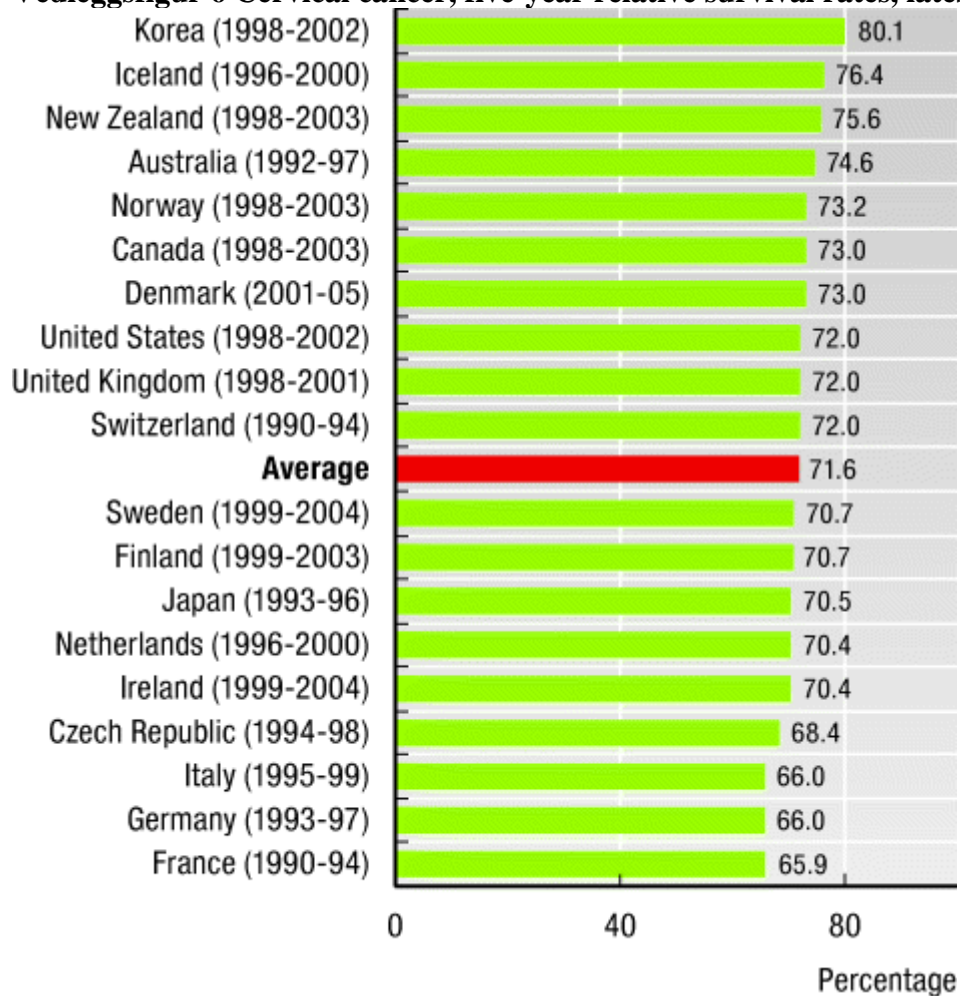




**Vedleggsfigur 5 Breast cancer, five-year relative survival rates, latest period available**



**Vedleggsfigur 6 Cervical cancer, five-year relative survival rates, latest period available**



## Vedlegg 1: Litteratur om kvalitet og konkurranse i markedet for helsetjenester

### Resultater fra søk i databasen Econlit:

**Søkeord : Carol Propper**

#### Resultater:

1. **TITTEL: “Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market “**  
FORFATTER: Propper, Carol, Simon Burgess and Katherine Green  
Kilde: *Journal of Public Economics*, Volume 88, Issues 7-8, July 2004, Pages 1247-1272  
**Kommentar: Denne er omtalt i Martin Gaynors (2006) survey (nr. 7 under).**
2. **TITTEL “Competition in the NHS Internal Market: An Overview of Its Effects on Hospital Prices and Costs.”**  
FORFATTER: Propper,-Carol; Soderlund,-Neil  
Kilde: *Health-Economics*. May 1998; 7(3): 187-97
3. **TITTEL: “Market Structure and Prices: The Responses of Hospitals in the UK National Health Service to Competition.”**  
FORFATTER: Propper,-Carol  
Kilde: *Journal-of-Public-Economics*. September 1996; 61(3): 307-35
4. **TITTEL: “The Use and usefulness of Performance measures in the public sector”**  
FORFATTER: Propper, Carol & Deborah Wilson  
KILDE: *Oxford Review of Economic Policy*, 2003; 19:250-267

**Søkeord : Martin Gaynor.**

#### Resultater:

5. **TITTEL:”Competition and Quality in Health Care Markets.”**  
FORFATTER: Gaynor, Martin  
KILDE: *Foundations-and-Trends-in-Microeconomics*. 2006; 2(6): 1-73
6. **TITTEL: “Why Don’t Courts Treat Hospitals Like Tanks for Liquefied Gases? Some Reflections on Health Care Antitrust Enforcement”**  
FORFATTER: Gaynor,Martin  
Link : <http://jhppl.dukejournals.org/cgi/reprint/31/3/497>
7. **TITTEL: “WHAT DO WE KNOW ABOUT COMPETITION AND QUALITY IN HEALTH CARE MARKETS?”**  
FORFATTER: Gaynor, Martin  
NBER Working Paper 12301 (2006)  
Link <http://www.nber.org/papers/w12301>
8. **TITTEL: “Competition and Quality in Health Care Markets: What Do We Know? What Don't We Know?”**

FORFATTER: Gaynor, Martin

Kilde: *Economie-Publique*. 2004; 0(15): 87-124

**Kommentar:** Nr 7 og 8 ser veldig like ut. Nr 8 er publisert, men nr. 7 er av nyere dato og omtaler papers publisert etter 2004.

**9. TITTEL: Competition among Hospitals**

FORFATTER: Gaynor, Martin and William Vogt

Kilde: *RAND Journal of Economics*, 2003, vol. 34, issue 4, pages 764-85

**10. TITTEL: "Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services."**

FORFATTER: Gaynor, -Martin

KILDE: *Journal-of-Economics-and-Management-Strategy*. Spring 1994; 3(1): 211-55

**11. TITTEL: "Increasing Consolidation in Healthcare Markets: What Are the Antitrust Policy Implications?"**

FORFATTER: Haas-Wilson, -Deborah; Gaynor, -Martin

KILDE: *Health-Services-Research*. Part 2 December 1998; 33(5): 1403-19

**Søkeord : Quality competition**

**Resultater:**

**12. TITTEL: Quality Competition, Welfare, and Regulation**

FORFATTER: Ma, CA og JF Burgess 1993

KILDE: *Journal of Economics*, Vol. 58 (1993), No. 2, pp. 153-173

**13. TITTEL: "Price Ceilings and Quality Competition "**

FORFATTER: Cyrus Hemmasi and Alexander Kemnitz 2003

KILDE: *ECONOMICS BULLETIN*

**14. TITTEL: "Hospital Response to Prospective Payment: Moral Hazard, Selection, and Practice-Style Effects."**

FORFATTER: Ellis, -Randall-P; McGuire, -Thomas-G

KILDE: *Journal-of-Health-Economics*. June 1996; 15(3): 257-77

**15. TITTEL: "Competition among Hospitals."**

FORFATTER: Noether, -Monica

KILDE: *Journal-of-Health-Economics*. September 1988; 7(3): 259-84

**Kommentar til 15: Sitert i Gaynors (2006) survey (nr. 7 over).**

**Søkeord : Quality AND competition AND hospital**

**MERKNAD.**

Mye tyder på at Martin Gaynor (2006) har gjort identisk søk og mesteparten av treffene fra dette søket er inkludert i referanselisten til Gaynors (2006) survey (nr. 7 over). Referansene

16-20 under inkluderer de referansene som ikke er inkludert i Gaynor (2006). Konsulter derfor denne artikkelen for de resterende funn.

#### **Resultater:**

**16. TITTEL: “The Evolving Science of Quality Measurement for Hospitals: Implications for Studies of Competition and Consolidation.”**

FORFATTER: Romano,-Patrick-S; Mutter,-Ryan

KILDE: *International-Journal-of-Health-Care-Finance-and-Economics*. June 2004; 4(2): 131-57

**17. TITTEL: “Do Different Measures of Hospital Competition Matter in Empirical Investigations of Hospital Behavior?”**

FORFATTER: Wong,-Herbert-S; Zhan,-Chunliu; Mutter,-Ryan

KILDE: *Review-of-Industrial-Organization*. February 2005; 26(1): 61-87

**18. TITTEL: “Competition in Medical Services and the Quality of Care: Concepts and History.”**

FORFATTER: Pauly,-Mark-V

KILDE: *International-Journal-of-Health-Care-Finance-and-Economics*. June 2004; 4(2): 113-30

**19. TITTEL: “Price and quality competition under adverse selection: market organization and efficiency”**

FORFATTER: Gary Biglaiser and Ching-to Albert Ma

KILDE: *RAND Journal of Economics*, Vol. 34, No. 2, Summer 2003 pp. 266-286

**20. TITTEL: Horses or Unicorns: Can Paying for Performance Make Quality Competition Routine?**

FORFATTER: William M. Sage & Dev N. Kalyan

KILDE: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 31, No. 3, June 2006

#### **Øvrige funn:**

**21. TITTEL: “Recent Theory and Evidence on Competition in Hospital Markets”,**

FORFATTER: Dranove, D. and W. White (1994)

KILDE: *Journal of Economics & Management Strategy*, 3, 169–209.

**22. TITTEL: “Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9”**

FORFATTER: Propper, Carol Simon Burgess, Denise Gossage (2008):

KILDE: *The Economic Journal* 118 (525) , 138–170